

Antrag auf Leistungen an Arbeitgeber nach dem

**Sonderprogramm zur Förderung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Jugendliche und Erwachsene auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie zur Projektförderung von Inklusionsbetrieben aus Mitteln der Ausgleichsabgabe
- Inklusive Arbeitswelt Thüringen -**

Schaffung eines Ausbildungsplatzes

Thüringer Landesverwaltungsamt
Integrationsamt
Karl-Liebknecht-Str. 4
98527 Suhl

Bei Fragen zum Ausfüllen dieses Antrages
wenden Sie sich bitte an das Integrationsamt.

Aktenzeichen: _____

Sachbearbeiter: _____

1. Angaben zum Arbeitgeber			
Name und Anschrift des Arbeitgebers		Für Rückfragen steht zur Verfügung	Telefon
		E-Mailadresse	
Betriebsnummer:	Rechtsform		Wochenarbeitszeit bei Vollbeschäftigung
Bankverbindung Geschäftskonto			
IBAN			
BIC			
Betriebs- bzw. Personalrat	ja	nein	
Schwerbehindertenvertretung	ja	nein	

2. Angaben zum/zur Auszubildenden	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Landkreis/kreisfreie Stadt
der/die Betroffene	
ist schwerbehindert, Grad der Behinderung:	hat Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt
ist gleichgestellt	hat Antrag auf Gleichstellung gestellt
ist gleichgestellt ausschließlich für die Zeit der Berufsausbildung	

3. Angaben zum Ausbildungsverhältnis	
Schaffung eines neuen Ausbildungsplatzes Der Ausbildungszeitraum ist vorgesehen vom: bis:	Ausbildungsort, Adresse:
Handelt es sich um eine betriebliche Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf? ja nein	
Handelt es sich um eine Erstausbildung? ja nein	
Falls es keine Erstausbildung ist, dann bitte auf einem separaten Blatt ausführlich begründen, warum eine weitere Berufsausbildung behinderungsbedingt oder wirtschaftlich notwendig ist.	
Angestrebter Ausbildungsabschluss als (Berufsbezeichnung): Hat der Auszubildende Anspruch auf Leistungen im Berufsbildungsbereich (§ 57 SGBIX) oder im Arbeitsbereich (§ 58 SGB IX) einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen? ja --> Bitte reichen Sie entsprechende Nachweise ein! nein	

Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Wir verpflichten uns, jede Änderung der in diesem Antrag enthaltenen Angaben zum Auszubildenden unverzüglich mitzuteilen.

Uns ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.

Die Hinweisblätter zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und die betreffenden Exemplare an den schwerbehinderten Arbeitnehmer weitergeleitet.

Ihre Angaben sind freiwillig und dienen der Bearbeitung Ihres Antrags. Sie können diese jederzeit zurückziehen (siehe beiliegendes Datenschutzblatt). Ihre Daten würden dann gelöscht werden. Beachten Sie aber, dass Ihr Antrag dann ggf. nicht weiterbearbeitet werden kann.

Diesem Antrag sind beizufügen:

- Anlage A „Kenntnisnahme des schwerbehinderten Menschen“

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift des Arbeitgebers