

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 -**

Bitte beantragte Leistungen ankreuzen! (nur eine Leistung pro Antrag):

Förderung der Mobilität

Förderung von rehabilitationspädagogischen Zusatzqualifikationen

Entfristung von Beschäftigungsverhältnissen

Folgefiananzierung des EGZ der Agentur für Arbeit

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

Wichtiger Hinweis:

Finanzielle Leistungen können in der Regel nur dann bewilligt werden, wenn ein entsprechender Antrag vor Vertragsabschluss (Kauf/Bestellung) gestellt wird.

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

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			
Ist Ihr Unternehmen vorsteuerabzugsberechtigt nach § 15 UstG?			
		ja	nein
Betriebs- bzw. Personalrat		ja	nein
Schwerbehindertenvertretung		ja	nein

2. Angaben zum Arbeitnehmer	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
der/die Betroffene* ist schwerbehindert, Grad der Behinderung: hat Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt ist gleichgestellt hat Antrag auf Gleichstellung gestellt	

*nicht auszufüllen bei einem Antrag auf rehabilitationspädagogische Zusatzqualifikationen

3. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	
Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist bei uns beschäftigt seit mit einer Wochenarbeitszeit von Std. befristet bis unbefristet	Die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen ab mit einer Wochenarbeitszeit von Std. befristet bis unbefristet
Arbeitsort, Adresse: Landkreis/ kreisfreie Stadt:	
als Auszubildende/r Arbeiter/in Angestellte/r Beamter/Beamtin Sonstiges	
Bitte fügen Sie den Arbeits- oder Ausbildungsvertrag in Kopie bei!	
Erlerner Beruf und besondere Fachkenntnisse des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin	
Tätigkeit des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin	

4. Angaben zur beantragten Leistung
Was wird beantragt? Förderung der Mobilität Förderung rehabilitationspädagogischer Zusatzqualifikation Entfristung von Beschäftigungsverhältnissen Folgefinanzierung des EGZ der Agentur für Arbeit Kurzbegründung:

5. Sonstige Angaben		
Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt?	ja	nein
Erhalten Sie von anderer Stelle Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung des schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen?	ja	nein
Wenn ja, bei welcher Stelle? (Name und Anschrift der Stelle, die diese Leistungen gewährt, Aktenzeichen)		
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 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“ ▪ "Ergänzungsantrag Mobilität" (Nur bei Beantragung von Leistungen zur Förderung der Mobilität)		

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift