

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
- Folgefinanzierung 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?						
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Betriebs- bzw. Personalrat			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Schwerbehindertenvertretung			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

640-20-07/25

2. Angaben zum Arbeitnehmer	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	
der/die Betroffene* <input type="checkbox"/> ist schwerbehindert, Grad der Behinderung: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> hat Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt <input type="checkbox"/> ist gleichgestellt <input type="checkbox"/> hat Antrag auf Gleichstellung gestellt	

*nicht auszufüllen bei einem Antrag auf rehabilitationspädagogische Zusatzqualifikationen

3. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	
<input type="checkbox"/> Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist bei uns beschäftigt seit <input type="text"/> mit einer Wochenarbeitszeit von <input type="text"/> Std. <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> Die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen ab <input type="text"/> mit einer Wochenarbeitszeit von <input type="text"/> Std. <input type="checkbox"/> befristet bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> unbefristet
Arbeitsort, Adresse: <input type="text"/> Landkreis/ kreisfreie Stadt: <input type="text"/>	
als <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Förderung der Mobilität <input type="checkbox"/> Förderung rehabilitationspädagogischer Zusatzqualifikation <input type="checkbox"/> Entfristung von Beschäftigungsverhältnissen <input type="checkbox"/> Folgefinanzierung des EGZ der Agentur für Arbeit Kurzbegründung: <input type="text"/>

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