

Antrag auf Leistungen an Inklusionsbetriebe für laufende Leistungen nach der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

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

Bitte wählen Sie die entsprechende Adresse aus!

Thüringer Landesverwaltungsamt
Integrationsamt

Wichtiger Hinweis:

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

Aktenzeichen _____

Sachbearbeiter _____

| | | | |
|--------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Antrag auf Gebärdensprachdolmetscherleistungen* | | <input type="checkbox"/> Antrag auf Förderung des besonderen Aufwands im Inklusionsbetrieb* |
| <input type="checkbox"/> | Antrag auf Beschäftigungssicherungszuschuss* | | |

*) zutreffendes bitte ankreuzen; bitte nur eine Leistung je Antrag

| | | | |
|---|--|---|-------------------------------|
| 1. Angaben zum Inklusionsbetrieb | | | |
| Name und Anschrift des Inklusionsbetriebes | | Für Rückfragen steht zur Verfügung | Telefon |
| | | E-Mail-Adresse | Fax |
| 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 |
| Inklusionsbeauftragter des Arbeitgebers | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Anzahl der im Betrieb Beschäftigten* | Anzahl der schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer | Pflichtplatzerfüllung Vorjahr (%) | |
| | darunter besonders betroffene Sbm: | | |
| | darunter Mehrfachanrechnungen | | |

*) ohne Geschäftsführer, Azubi, unter 12 h Beschäftigte

| 2. Angaben zum Arbeitnehmer | | bitte dieses Blatt für jeden Arbeitnehmer separat ausfüllen! | |
|--|--|--|--|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum | |
| Anschrift | | | |
| der/die betroffene Arbeitnehmer/in | | | |
| <input type="checkbox"/> ist schwerbehindert, Grad der Behinderung _____ | | <input type="checkbox"/> hat Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt | |
| <input type="checkbox"/> ist gleichgestellt | | <input type="checkbox"/> hat Antrag auf Gleichstellung gestellt | |
| Bitte fügen Sie eine Kopie des Schwerbehindertenausweises bzw. Gleichstellungsbescheides bei! | | | |
| Ursachen der Behinderung | | | |
| <input type="checkbox"/> eine Kriegsbeschädigung | | <input type="checkbox"/> ein Arbeitsunfall | |
| <input type="checkbox"/> eine Wehrdienstbeschädigung | | <input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit | |
| <input type="checkbox"/> eine Internierung | | <input type="checkbox"/> ein Unfall durch Fremdverschulden | |
| <input type="checkbox"/> ein Impfschaden | | <input type="checkbox"/> eine Krankheit | |
| <input type="checkbox"/> eine Gewalttat | | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |
| <input type="checkbox"/> Erhalt von Rente | | <input type="checkbox"/> Rente beantragt | |
| <input type="checkbox"/> rentenversichert bei (Anschrift) | | Versicherungs-Nr. | |
| <input type="checkbox"/> krankenversichert bei (Anschrift) | | Versicherungs-Nr. | |
| <input type="checkbox"/> zuständige Berufsgenossenschaft | | Versicherungs-Nr. | |

| 3. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist bei uns beschäftigt seit _____ mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Std. | <input type="checkbox"/> Die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen ab _____ mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Std. |
| <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <input type="checkbox"/> unbefristet | <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <input type="checkbox"/> unbefristet |
| Arbeitsort, Adresse | Landkreis/kreisfreie Stadt |
| 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 Maßnahme

Welche Leistung ist vorgesehen?

4.1. besonderer Aufwand

Der schwerbehinderte Arbeitnehmer benötigt auf Grund seiner Behinderung

- längere oder regelmäßig wiederkehrende fachliche oder arbeitspädagogische Unterweisung und Anleitung bei folgenden Tätigkeiten:

- regelmäßige arbeitsbegleitende Betreuung und Motivation bei folgenden Tätigkeiten:

- regelmäßig erforderliche tätigkeitsbezogene Handreichungen und Hilfestellungen bei der Arbeitsausführung sowie der Sicherstellung der Kommunikation am Arbeitsplatz bei folgenden Tätigkeiten:

- regelmäßige Hilfe und Unterstützung bei Verrichtungen bei folgenden Tätigkeiten:

4.2. Beschäftigungssicherungszuschuss

Der schwerbehinderte Arbeitnehmer erbringt in Folge der Behinderung nicht nur vorübergehend eine wesentlich verminderte Arbeitsleistung bei folgenden Tätigkeiten:

Art und Umfang der Leistungseinschränkungen:

Es wird beantragt:

- Pauschalleistung (30% behinderungsbedingte Leistungseinschränkung)

- Einzelfallentscheidung

Die erbrachte Leistung beträgt ca. % gegenüber einem vergleichbaren, nicht behinderten Arbeitnehmer.

Angaben zum Einkommen

Einkommen des schwerbehinderten Menschen:

durchschnittliches monatliches Arbeitnehmer-Brutto: EUR

voraussichtliches Brutto - Jahreseinkommen im Antragsjahr (ohne AG-Anteile, mit Urlaubs- und Weihnachtsgeld, ggf. Vorjahr angeben): EUR

Handelt es sich um eine tarifliche Entlohnung bzw. ist sie höher oder gleich dem Mindestlohn?

- ja nein

tägliche Arbeitszeit Anzahl der Arbeitstage pro Woche:

Name und Tätigkeit der Hilfsperson:

| 4.3. Gebärdensprachdolmetscherkosten | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Art des Einsatzes | Dauer des Einsatzes/Stunden | Anzahl Einsätze pro Jahr |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 5. Sonstige Angaben | |
|--|---|
| Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Erhalten Sie von anderer Stelle Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung des schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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

Ort

Datum

Stempel, Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz für Arbeitgeber - Leistungen des Integrationsamtes

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Thüringer Landesverwaltungsamt (TLVWA) verantwortlich.

Alle Angaben, die Sie

* **in diesem Formular sowie**

* **im Rahmen des weiteren Verfahrens**

gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Integrationsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen brauchen wir, um Ihren Antrag auf Leistungen zu bearbeiten. Rechtsgrundlagen dafür sind § 67a Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X) i.V.m. § 185 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) und die Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form im TLVWA in Weimar. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Möglicherweise werden wir auch andere Stellen außerhalb des TLVWA, z.B. den Integrationsfachdienst, beauftragen, eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zu erstellen. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen.

Die Daten werden daher zehn Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres gelöscht, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt: bestandskräftiger Abschluss des Verfahrens (ggf. nach Ablauf der festgesetzten Zweckbindungsfrist) oder sonstige Erledigung des Verfahrens.

Sie haben folgende Rechte:

- * Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- * Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- * Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.

* Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.

* Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.

* Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.

* Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenen

Verarbeitungen Ihrer Daten nicht rechtswidrig. Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- * per Post: Thüringer Landesverwaltungsamt, Abt. VI Integrationsamt, PF 10 01 41, 98490 Suhl
- * per Telefon: 0361 57-331 5400
- * per Telefax: 0361 57-331 5366
- * per E-Mail: integrationsamt@tlvwa.thueringen.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des TLVWA können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- * per Post: Thüringer Landesverwaltungsamt, Datenschutzbeauftragter PF 2249, 99403 Weimar
- * per Telefon: 0361 57-332 1299
- * per E-Mail: datenschutz@tlvwa.thueringen.de

Sie können sich über uns beim Thüringer Landesbeauftragten für den Datenschutz **beschweren**.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das TLVWA zurück.

Hinweis zum Datenschutz für Arbeitnehmer - Leistungen des Integrationsamtes

Dieses Hinweisblatt ist dem Arbeitnehmer auszuhändigen!

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Thüringer Landesverwaltungsamt (TLVwA) verantwortlich.

Ihr Arbeitgeber hat Leistungen beim Integrationsamt beantragt. Für diesen Antrag werden Daten zu Ihrer Person benötigt.

Alle Angaben, die Sie

* in diesem Formular sowie

* im Rahmen des weiteren Verfahrens

gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Integrationsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen brauchen wir, um den Antrag zu bearbeiten. Rechtsgrundlage dafür ist § 67a Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X) i.V.m. § 185 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) und der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form im TLVwA in Weimar. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Möglicherweise werden wir auch andere Stellen außerhalb des TLVwA, z.B. den Integrationsfachdienst, beauftragen, eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zu erstellen. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen.

Die Daten werden daher zehn Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres gelöscht, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt: bestandskräftiger Abschluss des Verfahrens (ggf. nach Ablauf der festgesetzten Zweckbindungsfrist) oder sonstige Erledigung des Verfahrens.

Sie haben folgende Rechte:

- * Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- * Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- * Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.

* Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.

* Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.

* Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.

* Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten

jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenen

Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig. Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- * per Post: Thüringer Landesverwaltungsamt, Abt. VI Integrationsamt, PF 10 01 41, 98490 Suhl
- * per Telefon: 0361 57-331 5400
- * per Telefax: 0361 57-331 5366
- * per E-Mail: integrationsamt@tlvwa.thueringen.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des TLVwA können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- * per Post: Thüringer Landesverwaltungsamt, Datenschutzbeauftragter PF 2249, 99403 Weimar
- * per Telefon: 0361 57-332 1299
- * per E-Mail: datenschutz@tlvwa.thueringen.de

Sie können sich über uns beim Thüringer Landesbeauftragten für den Datenschutz **beschweren**.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das TLVwA zurück.

| | | |
|--|--------------------|--|
| | Geschäftszeichen: | |
| | Fall-AZ: | |
| | Az. Antragsteller: | |
| | Az. sbM: | |
| | Sachbearbeiter: | |

Thüringer Landesverwaltungsamt

Durchführung des Schwerbehindertenrechts nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Anlage A zum Antrag des Arbeitgebers

Diese Erklärung ist dem Arbeitnehmer auszuhändigen!

Die Rücksendung dieses Hinweisblattes ist dringend erforderlich!

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, für den Leistungen beantragt werden:

Name, Vorname

geb. am

Kenntnisnahme

Ich habe die erhaltenen Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ich nehme zur Kenntnis,

- * dass ich diese Einwilligung verweigern oder einzelne Angaben von der Bekanntgabe ausnehmen kann,
- * dass im Falle einer Verweigerung die im Hinweisblatt genannten Rechtsfolgen eintreten können.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

Erklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- * die Daten über meine persönlichen Verhältnisse
 - * die Daten über meine gesundheitlichen Verhältnisse
- dem Integrationsamt zur Antragsbearbeitung übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

| | |
|--------------------|--|
| Geschäftszeichen: | |
| Fall-AZ: | |
| Az. Antragsteller: | |
| Az. sbM: | |
| Sachbearbeiter: | |

Anlage B zum Antrag des Arbeitgebers

Diese Erklärung ist dem Arbeitnehmer auszuhändigen!

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, für den Leistungen beantragt werden:

Name, Vorname geb. am

Erklärung des schwerbehinderten Arbeitnehmers

1. Ich beziehe

- keine Rente
- keine Rente, habe aber Antrag gestellt
- Rente, und zwar
 - teilweise Erwerbsminderungsrente
 - volle Erwerbsminderungsrente Erwerbsunfähigkeit
 - wegen der Folgen eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls

Die Rente wird gezahlt

- von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland/Bund
- von der Berufsgenossenschaft
unter dem Aktenzeichen:

2. Ich habe bei (Rententräger, Agentur für Arbeit.....)

- medizinische Rehamaßnahmen
 - beantragt
 - erhalten am

3. Nur bei Schädigung durch Dritte: Ein Anspruch auf Schadenersatzleistungen gegenüber Dritten (evtl. auch Versicherungsleistungen) wegen eventueller Unfallfolgen

- besteht nicht
- besteht gegenüber

Ort, Datum Unterschrift