

Antrag auf Leistungen an Arbeitgeber nach § 27 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:

Die Leistungen werden frühestens ab Beginn des Monats der Antragstellung erbracht.

Die Entscheidung dazu erfolgt nach Prüfung des Einzelfalls.

Aktenzeichen

Sachbearbeiter

1. Personelle Unterstützung

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 (z.B. hygienische Bedürfnisse, Erreichen des Arbeitsplatzes) bei folgenden Tätigkeiten:

Wie hoch schätzen Sie den täglichen personellen Unterstützungsbedarf bei dem schwerbehinderten Mitarbeiter ein (bitte ankreuzen):

- ab 0,5 Std. mehr als 1 Std. mehr als 2 Std. mehr als 3 Std.

Die Unterstützung wird im Wesentlichen erbracht von (Hilfsperson):

Name, Vorname:

Tätigkeit:

tägl. Arbeitszeit:

Anzahl der Arbeitstage pro Woche:

2. behinderungsbedingte Leistungseinschränkung

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

Art und Umfang der Leistungseinschränkungen:

Seit wann besteht die Leistungseinschränkung?

Sind behinderungsbedingt Zusatzpausen erforderlich? Wenn ja, wie oft und wie lange ungefähr pro Tag?

Wird die Leistungseinschränkung bei der Entlohnung berücksichtigt?

ja nein

Die behinderungsbedingte Leistungseinschränkung gegenüber einem vergleichbaren nicht behinderten Arbeitnehmer liegt bei ca. (bitte ankreuzen)

30 % 40 % 50 %

Sollte die Leistungseinschränkung von Ihnen auf 50 % geschätzt werden, dann schildern Sie die Einschränkungen bitte nochmals ausführlich auf einem separaten Blatt.

3. Detaillierte Stellenbeschreibung						
Derzeit übertragene Teiltätigkeit (unterschiedliche Aufgaben, die sich inhaltlich voneinander abgrenzen lassen - müssen nicht zwingend deckungsgleich mit der Stellenbeschreibung sein)	Art der Ausführung					Erläuterung (Bitte erläutern Sie Art und Umfang der Leistungseinschränkung bzw. den zeitlichen Aufwand der Personellen Unterstützung. Ist die Durchführung der Teiltätigkeit nicht möglich, beschreiben Sie, was alternativ geleistet wird.)
	Anteil an der Arbeitszeit in %	ohne Einschränkungen	mit Unterstützung	nicht möglich	Leistungseinschränkung oder Unterstützungsaufwand in % oder Min.	

4. Weitere Angaben	
Der schwerbehinderte Mensch kommt	<input type="checkbox"/> aus einer Werkstatt für behinderte Menschen <input type="checkbox"/> aus unterstützter Beschäftigung (§ 55 SGB IX)
Ist der Arbeitsplatz behinderungsgerecht ausgestattet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art der behinderungsgerechten Ausstattung: <div style="background-color: #e0e0e0; height: 30px; width: 100%;"></div>
Ist eine Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Betriebes möglich oder kann der vorhandene Arbeitsplatz arbeitsorganisatorisch umgestaltet werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung: <div style="background-color: #e0e0e0; height: 30px; width: 100%;"></div>
Lässt sich nach Ihrer Einschätzung das Leistungsvermögen des schwerbehinderten Menschen durch zusätzliche technische Arbeitshilfen steigern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung (ggf. Angabe der Art der Arbeitshilfen): <div style="background-color: #e0e0e0; height: 30px; width: 100%;"></div>
Kann die Teilnahme an einer Fortbildungsmaßnahme zur Verbesserung der Arbeitsleistung führen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Begründung (ggf. Angabe der Fortbildungsmaßnahme): <div style="background-color: #e0e0e0; height: 30px; width: 100%;"></div>

5. Angaben zum Einkommen des schwerbehinderten Menschen	
durchschnittliches monatliches Arbeitnehmer-Brutto:	<div style="background-color: #e0e0e0; width: 100px; height: 15px; display: inline-block;"></div> EUR
voraussichtliches Brutto - Jahreseinkommen im Antragsjahr (ohne AG-Anteile, mit Urlaubs- und Weihnachtsgeld, ggf. Vorjahr angeben):	<div style="background-color: #e0e0e0; width: 100px; height: 15px; display: inline-block;"></div> EUR
Handelt es sich um eine tarifliche Entlohnung bzw. ist sie \geq Mindestlohn?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
tägl. Arbeitszeit:	<div style="background-color: #e0e0e0; width: 80px; height: 15px; display: inline-block;"></div>
Anzahl der Arbeitstage pro Woche:	<div style="background-color: #e0e0e0; width: 80px; height: 15px; display: inline-block;"></div>

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 deren Gewährung auf vorsätzlich oder grob fahrlässig durch uns erteilten Falschangaben beruht.

Ort

Datum

Unterschrift

Hinweis:

Das Integrationsamt wird u. a. auf Grundlage Ihrer Angaben die Höhe der personellen Unterstützung/des Beschäftigungssicherungszuschusses ermitteln. Im Rahmen der Ermittlungen wird es evtl. einen Vor-Ort-Termin durch Mitarbeiter des Integrationsamts bei Ihnen geben. Des Weiteren können im Einzelfall ggf. der Technische Berater (TB) und/oder der Integrationsfachdienst (IFD) hinzugezogen werden.