

# Antrag auf Leistungen an Inklusionsbetriebe für einmalige 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 Leistungen für den Aufbau eines Inklusionsbetriebes*		<input type="checkbox"/>	Antrag auf Leistungen zur Erweiterung eines Inklusionsbetriebes*
<input type="checkbox"/>	Antrag auf Leistungen zur Modernisierung eines Inklusionsbetriebes*		<input type="checkbox"/>	Antrag auf betriebswirtschaftliche Beratung*
<input type="checkbox"/>	sonstiges*			

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

<b>1. Angaben zum Inklusionsbetrieb</b>			
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 zur beantragten Maßnahme	
Welche Maßnahme ist vorgesehen?	
<div style="background-color: #e0e0e0; height: 150px;"></div>	
Kurzbeurteilung:	
<div style="background-color: #e0e0e0; height: 250px;"></div>	

3. 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)	
<div style="background-color: #e0e0e0; height: 100px;"></div>	

4. 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	
<b>Bitte fügen Sie eine Kopie des Schwerbehindertenausweises bzw. Gleichstellungsbescheides bei!</b>			
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. _____	

5. 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	
<b>Bitte fügen Sie den Arbeits- oder Ausbildungsvertrag in Kopie bei!</b>	
Erlernter Beruf und besondere Fachkenntnisse des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin _____	
Tätigkeit des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin _____	

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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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