

Antragsteller (Name und Anschrift des Arbeitgebers)
--

Ansprechpartner/in beim Arbeitgeber	
Telefon	Fax
E-Mail	

Wählen Sie bitte den zuständigen Regionalbereich aus.

Landesamt für Soziales, Jugend
und Gesundheit Sachsen-Anhalt
-Integrationsamt-
Maxim-Gorki-Str. 7
06114 Halle (Saale)

**Fragebogen / Antrag
auf Leistungen nach der
Schwerbehinderten-
Ausgleichsabgabeverordnung
(SchwbAV)**

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ oder ausfüllen!

Fax 0345 514 1444

**Leistungen zur behindertengerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen
(§ 26 SchwbAV)**

Aktenzeichen des Integrationsamtes

1. Allgemeine Angaben

Betriebsnummer

Bei dem Ort der beantragten Maßnahme handelt es sich um einen

☐ Hauptbetrieb ☐ selbständigen Nebenbetrieb ☐ unselbständigen Nebenbetrieb

Anschrift der beantragten Maßnahme, falls abweichend von oben

Bankver- bindung	Name/Sitz der Bank	
	Kontoinhaber/in	
	IBAN (Internat. Bank Account Number, Internat. Bankkontonummer) bzw. Konto-Nr.	
	BIC (Bank-Identifizierungs-Code) bzw. Bankleitzahl	

Arbeitgeber Steuernummer ☐ Besteht allgemein oder für das geplante Vorhaben Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UstG? ☐ ja ☐ nein

Zuständiges Finanzamt des Arbeitgebers

Beschäftigte	Anzahl der aktuell im Betrieb Beschäftigten	davon schwerbehindert/gleichgestellt
--------------	---	--------------------------------------

Die aktuell im Unternehmen erreichte Pflichtquote beträgt %	Die Pflichtquote wird erreicht ☐ nein ☐ ja
---	--

Schwerbehindertenvertreter/in ☐ nicht vorhanden	Name, Vorname	
	Telefon	E-Mail

Betriebs- bzw. Personalrat ☐ nicht vorhanden	Name, Vorname	
	Telefon	E-Mail

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt (z. B. Eingliederungshilfen)? ☐ nein ☐ ja	Datum am
--	-------------

Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt bei (Name und Anschrift der betreffenden Stelle/AZ)

2. Angaben zur/zum betreffende/n Beschäftigten

Name, Vorname		Geburtsdatum					
Anschrift/ Telefon	Straße, Hausnummer		Telefon				
	PLZ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Wohnort
Der/die betreffende Beschäftigte ist ☐ gleichgestellt ☐ anerkannt ☐ schwerbehindert							
		Grad der anerkannten Behinderung (GdB) <table border="1"><tr><td></td></tr></table>					
Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von		Datum <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		bis Datum <table border="1"><tr><td></td></tr></table>			
☐ Ein Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung/Gleichstellung wurde gestellt bei		Datum am <table border="1"><tr><td></td></tr></table>					
Der/die betreffende Beschäftigte bezieht eine Rente ☐ nein ☐ ja		beantragt am: Datum <table border="1"><tr><td></td></tr></table>					
Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)		Rentenart <table border="1"><tr><td></td></tr></table>					
Ursache der Behinderung							
☐ Arbeitsunfall ☐ Unfall durch Fremdverschulden ☐ angeboren bitte angeben							
☐ Berufskrankheit ☐ Krankheit ☐							
☐ Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:							
Name/Anschrift <table border="1"><tr><td></td></tr></table>							
☐ Der/Die Beschäftigte ist bei uns beschäftigt seit		Datum <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		wöchentliche Arbeitszeit (Std.) <table border="1"><tr><td></td></tr></table>			
Der/Die betroffene Beschäftigte ist/wird bei uns beschäftigt		bitte angeben					
als ☐ Auszubildende/r ☐ Arbeiter/in ☐ Angestellte/r ☐ Beamtin/er ☐ Leiharbeitnehmer/in ☐ i.S.d. AUG							
(vorgesehene) Tätigkeit als (Stellenbezeichnung)		Einsatzort <table border="1"><tr><td></td></tr></table>					
erlernter Beruf des/der Beschäftigten <table border="1"><tr><td></td></tr></table>							
Die Beschäftigung ist ☐ unbefristet ☐ befristet		Zeitraum der Befristung von <table border="1"><tr><td></td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td></td></tr></table>					
Der/die Beschäftigte wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet		☐ ja, auf <table border="1"><tr><td></td></tr></table> Plätze		☐ nein			

3. Angaben zur beantragten Leistung

Zu erfüllende Hauptarbeitsaufgaben am Arbeitsplatz (Art und prozentualer Anteil)

<table border="1"><tr><td></td></tr></table>	

Vorhandene Ausstattung des Arbeitsplatzes (Arbeitsmittel, Arbeitsgegenstände)

Beantragt werden folgende behinderungsspezifische Ausstattungsgegenstände

Begründung

Die Gesamtkosten betragen rd.	Euro	davon rein behinderungsbedingte Kosten rd.	Euro
-------------------------------	------	--	------

geplante Finanzierung

Wird der betreffende Arbeitsplatz von mehreren Beschäftigten genutzt? ☐ nein ☐ ja, von Anzahl Beschäftigte davon schwerbehindert (Anzahl)

Für die/den Beschäftigte/n betreffende/n werden Eingliederungshilfen oder andere Leistungen (Projektmittel, Arbeitsmarktprogramme, etc.) gezahlt.

☐ nein ☐ beantragt ☐ ja am (Datum)

Name/Adresse/AZ der leistenden Stelle	von	Zeitraum bis	Art der Leistung

Sonstige Hinweise/Angaben/Anmerkungen

Wichtiger Hinweis

Bitte warten Sie mit der Anschaffung ab, bis Ihnen das Integrationsamt die Förderung bewilligt oder in dringenden Fällen eine vorzeitige Anschaffung erlaubt hat. Andernfalls sind finanzielle Leistungen grundsätzlich ausgeschlossen.

4. Erklärungen

Wir versichern, die Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Wir versichern, jede Änderung der in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich dem Integrationsamt mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge ähnlicher Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrages gestellt werden.

Uns ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.

Wir versichern die Einhaltung der uns im Rahmen dieses Leistungsverfahrens obliegenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Der/Die Beschäftigte/n wurde/n über die Antragstellung informiert. Ihm/Ihr/Ihnen wurde/n die Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.

Achtung: Jede/r Beschäftigte, für den der Antrag gestellt wird, muss ein Hinweisblatt ausgehändigt bekommen!)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Kenntnisnahme durch die Schwerbehindertenvertretung:

Ort, Datum

Unterschrift

Kenntnisnahme durch den Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung:

Eingaben entfernen

Ort, Datum

Unterschrift