

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 an Arbeitgeber zur Schaffung neuer Arbeits- und Ausbildungsplätze (§ 15 SchwbAV)

Aktenzeichen des Integrationsamtes

☐

Neueinstellung

☐

Umsetzung

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	Name, Vorname	
	Telefon	E-Mail
Betriebs- bzw. Personalrat	Name, Vorname	
	Telefon	E-Mail
Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt?	☐ nein ☐ ja	Datum am

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

2. Angaben zur/zum betreffenden Beschäftigten			
Name, Vorname			Geburtsdatum
Anschrift/ Telefon	Straße, Hausnummer		Telefon
	PLZ 	Wohnort	
Der/die betreffende Beschäftigte ist ☐ gleichgestellt ☐ anerkannt schwerbehindert Grad der anerkannten Behinderung (GdB)			
Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von Datum bis Datum			
☐ Ein Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung/Gleichstellung wurde gestellt bei Datum			
Der/die betreffende Beschäftigte bezieht eine Rente ☐ nein ☐ ja beantragt am:			Datum
Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)			Rentenart
Ursache der Behinderung ☐ Arbeitsunfall ☐ Unfall durch Fremdverschulden ☐ angeboren bitte angeben ☐ Berufskrankheit ☐ Krankheit ☐ ☐ Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen: Name/Anschrift			
2.1 Einstellung auf einen neu zu schaffenden/geschaffenen Arbeitsplatz wöchentliche Arbeitszeit (Std.)			
(beabsichtigtes) Einstellungsdatum		Datum	
Die neue Tätigkeit ist ☐ unbefristet ☐ befristet		von	bis
erlernter Beruf der/des Beschäftigten			
(vorgesehene) Tätigkeit als (Stellenbezeichnung)			Einsatzort
Der/Die betroffene Beschäftigte ist/wird bei uns beschäftigt bitte angeben als ☐ Auszubildende/r ☐ Arbeiter/in ☐ Angestellte/r ☐ Beamtin/er ☐ Leiharbeiternehmer/in ☐ i.S.d. AUG			
Die/Der Beschäftigte wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet		☐ ja, auf Plätze	☐ nein
2.2 Umsetzung auf einen neu zu schaffenden/geschaffenen Arbeitsplatz			
Die Betriebszugehörigkeit besteht seit		Datum	erlernter Beruf der/des Beschäftigten
(beabsichtigtes) Datum der Umsetzung		Datum	Einsatzort (neu)
bisherige Tätigkeit als (Stellenbezeichnung)			bisherige wöchentliche Arbeitszeit (Std.)
neue Tätigkeit als (Stellenbezeichnung)			neue wöchentliche Arbeitszeit (Std.)
Die neue Tätigkeit ist ☐ unbefristet ☐ befristet		von	bis

Begründung der Umsetzung

Die/Der betroffene Beschäftigte					bitte angeben				
☐	Auszubildende/r	☐	Arbeiter/in	☐	Angestellte/r	☐	Beamtin/er	☐	
Die/Der Beschäftigte wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet							☐ ja, auf	Plätze	☐ nein

3. Angaben zur beantragten Leistung

zu erfüllende Haupt-Arbeitsaufgaben am neuen Arbeitsplatz - Arbeitsplatzbeschreibung (*Art und prozentualer Anteil*)

beantragt werden dafür folgende allgemeine/nicht behinderungsspezifische Ausstattungsgegenstände

außerdem folgende rein behinderungsbedingte (Zusatz-) Ausstattungsgegenstände

Die Gesamtkosten betragen rd.	Euro	davon rein behinderungsbedingte Kosten rd.	Euro
geplante Finanzierung			
Wird der neu zu schaffende 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.

5. 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:

Ort, Datum

Unterschrift

Eingaben entfernen