

Fragebogen / Antrag auf Gewährung einer finanziellen Leistung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe für Arbeitsassistenz gemäß § 17 Abs. 1a SchwbAV

Wählen Sie bitte den zuständigen Regionalbereich aus.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen!

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

Fax 0345 514 1444

Aktenzeichen des Integrationsamtes

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname

Privatanschrift

Geburtsdatum

Telefon

Fax

E-Mail

Telefon (Dienst)

E-Mail (Dienst)

Bankver- bindung

Name/Sitz der Bank

Kontoinhaber/in

IBAN (Internat. Bank Account Number, Internat. Bankkontonummer) bzw. Konto-Nr.

BIC (Bank-Identifizierungs-Code) bzw. Bankleitzahl

☐ Ich bin krankenversichert.

Anschrift der Krankenkasse

☐ Ich bin rentenversichert.

Anschrift der Rentenversicherung

Versicherungsnummer der Krankenkasse

Versicherungsnummer der Rentenversicherung

Ich beziehe eine Rente ☐ nein ☐ ja ☐ beantragt am

Datum

Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)

Rentenart

Dauer der bisherigen sozialversicherungspflichtigen
Beschäftigung

☐ bis 15 Jahre ☐ mehr als 15 Jahre

☐ Beamtin/Beamter

2. Allgemeine Angaben zur Behinderung

☐ Ich bin schwerbehindert.	☐ Ich bin gleichgestellt.	Grad der anerkannten Behinderung (GdB)
Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von Datum		bis
☐ Ich habe einen Antrag gestellt	am Datum	
bei		

Ursache der Behinderung

☐ Arbeitsunfall	☐ Unfall durch Fremdverschulden	☐ angeboren
☐ Berufskrankheit	☐ Krankheit	☐ bitte angeben
☐ Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:		
Name/Anschrift		

3. Angaben zum Beruf

☐ Ich bin Arbeiter/in	☐ Ich bin Angestellte/r	☐ Ich bin Selbständige/r seit Datum
☐ Ich bin Beamtin/er	☐ Ich bin (z. B. Rentner/in, Umschüler/in)	☐ im Haupterwerb
		☐ im Nebenerwerb
		Ausgeübte Tätigkeit/Gewerbe
☐ derzeitiger Arbeitgeber		☐ Firmensitz der Selbständigkeit
Name, Anschrift, PLZ, Ort		Name, Anschrift, PLZ, Ort
Ansprechpartner (Name)		
Telefon/E-Mail		
beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit Datum	Wochenarbeitszeit	Stunden
Bruttoeinkommen (monatlich)		
insgesamt berufstätig seit Datum		
erlernter Beruf	derzeitig ausgeübte Tätigkeit	
beabsichtigte Arbeitsaufnahme ab Datum	als	
bei Firma/Unternehmen ☐ Gründung Selbständigkeit ☐	als	
Name		
Anschrift		
Telefon/E-Mail		

4. Begründung des Antrages

Arbeitsassistentz

☐

im Arbeitgebermodell
(eigen-/selbstorganisiert)

☐

als Dienstleistungsmodell
(fremdorganisiert verwaltet)

aktuelle und tatsächliche Arbeitsaufgabe	Form der Assistenzleistung	Aufwand in Minuten/ arbeitstäglich

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag
auf gleichartige Leistungen gestellt?

☐

nein

☐

ja, am

Datum

bei (Name/Anschrift der betreffenden Stelle/AZ)

Wichtiger Hinweis

Bitte warten Sie mit dem Abschluss von Verträgen oder dem Beginn von Leistungen / sonstigen Verbindlichkeiten, bis Ihnen das Integrationsamt die Förderung bewilligt hat oder Ihnen in dringenden Fällen ein beantragter vorzeitiger Maßnahmebeginn erlaubt wurde. Andernfalls sind aus haushaltsrechtlichen Gründen ggf. finanzielle Leistungen des Integrationsamtes vom Grunde her nicht mehr möglich.

5. Beigefügte notwendige Unterlagen

- ☐ Kopie des Schwerbehindertenausweises (beidseitig)
- ☐ ggf. Kopie des Gleichstellungsbescheides (bei GdB 30 - 40)
- ☐ Kopie des Arbeitsvertrages (mit Änderungen) / der Ernennungsurkunde (Beamte)
- ☐ Vertrag mit der Assistenzkraft (wenn bereits abgeschlossen)
- ☐ Vertrag mit dem Dienstleister der Arbeitsassistenz (wenn bereits abgeschlossen)
- ☐ aktueller Einkommensnachweis (Gehaltsabrechnung)
- ☐ Einkommensnachweis bei selbstständiger Tätigkeit (letzter Steuerbescheid oder Bestätigung eines Steuerbüros)
- ☐ Einverständniserklärung des Arbeitgebers / Dienstherrn zum Einsatz einer betriebsfremden Arbeitsassistenz
- ☐ Kopie der Gewerbeanmeldung (bei selbstständiger Tätigkeit)
- ☐ genaue Tätigkeitsbeschreibung
- ☐ ggf. Kopie der Kostenübernahme für Pflegeassistenz während der Arbeitszeit vom Sozialamt
- ☐ außerdem:

Bitte erläutern

Ich versichere, die Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen. Diese Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge auf Gewährung von Renten o.ä. Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrages gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, falls deren Gewährung aufgrund falscher oder unvollständiger Angaben erfolgte.

Die mir obliegenden Datenschutzbestimmungen halte ich ein.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Antragstellers

Eingaben entfernen