

Antragsteller (Name und Anschrift des Arbeitgebers)	Ansprechpartner/in beim Arbeitgeber	
	Telefon	Fax
	E-Mail	

Fragebogen / Antrag auf Leistungen nach der Schwerbehinderten- Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) ☐ Beschäftigungssicherungszuschuss (BSZ) - Minderleistung ☐ personelle Unterstützung (pU)
--

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen!

Leistungen an Arbeitgeber bei außergewöhnlichen Belastungen (§ 27 SchwbAV)

Aktenzeichen des Integrationsamtes	☐ Erstantrag	☐ Folgeantrag
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

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	

Beschäftigte	Anzahl der aktuell im Unternehmen 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 von bis
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 	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 am Datum			
Der/die betreffende Beschäftigte bezieht eine Rente ☐ nein ☐ ja beantragt am:			Datum
Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)			Rentenart
Der/die Beschäftigte wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet ☐ ja, auf			Plätze ☐ nein
☐ Der/Die Beschäftigte ist bei uns beschäftigt seit Datum		mit wöchentliche Arbeitszeit (Std.)	
als ☐ Auszubildende/r ☐ Arbeiter/in ☐ Angestellte/r ☐ Beamtin/er ☐ Leiharbeiternehmer/in ☐ i.S.d. AUG			
derzeitige Tätigkeit	erlernter Beruf		Einsatzort
Dem/der Beschäftigten wurde folgendes Bruttogehalt (ohne Einmalzahlungen) gezahlt:			
Die letzten 3 Monate mit voller Entgeltzahlung vor Antragstellung: 1) Euro im Monat			
2) Euro im Monat			
3) Euro im Monat			
Die Beschäftigung ist ☐ unbefristet ☐ befristet		Zeitraum der Befristung von bis	
☐ Die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen ab Datum		mit wöchentliche Arbeitszeit (Std.)	
als			
vorgesehenes monatl. Bruttogehalt Euro			
Aufgabenbeschreibung des/der Beschäftigten (Fortsetzung ggf. auf gesondertem Blatt)			

3. Angaben zur beantragten Leistung

Bei der Beschäftigung des/der Beschäftigten

☐ bleibt dessen/deren Arbeitsleistung aufgrund der Behinderung erheblich hinter dem Durchschnitt zurück
(**Beschäftigungssicherungszuschuss**) (s. Nr. 3.1)

und/oder

☐ entstehen uns außergewöhnliche Aufwendungen (s. Nr. 3.2)
(z.B. Zeitaufwand/Kosten der innerbetrieblichen **personellen Unterstützung**).

Der Arbeitsplatz ist behindertengerecht ausgestattet.

☐ ja

☐ nein, weil:

☐ Eine Umsetzung des/der Beschäftigten auf einen anderen
vorhandenen oder ggf. neu zu schaffenden Arbeitsplatz
innerhalb des Unternehmens ist möglich.

☐ ja

☐ nein, weil:

☐ Eine Verlagerung der Aufgaben des/der Beschäftigten
innerhalb des Unternehmens ist möglich.

☐ ja

☐ nein, weil:

Der Integrationsfachdienst (IFD) wurde eingeschaltet.

☐ ja

☐ nein

☐ Die beschäftigungsübliche tägliche Arbeitszeit im Unternehmen beträgt Stunden.

Angaben zur beantragten Leistung

3.1. Beschäftigungssicherungszuschuss (BSZ)

☐ Die aufgrund der Behinderung vorhandene geminderte Leistung wird gegenüber einem/einer vergleichbaren
nichtbehinderten Beschäftigten

mit einer Minderung von rund % ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ monatlich eingeschätzt.

Beschreibung/Begründung BSZ

(z. B. Bei welchen konkreten Aufgaben/Tätigkeiten sind Leistungsdefizite feststellbar?)

3.2. Personelle Unterstützung (pU)

☐ Die zeitliche Inanspruchnahme der personellen Unterstützung wird

mit rund Stunden ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ monatlich eingeschätzt.

Beschreibung/Begründung pU

(z. B. Bei welchen konkreten Aufgaben/Tätigkeiten ist behinderungsbedingt Hilfestellung oder Kompensation erforderlich?)

Kann die außergewöhnliche Belastung des Arbeitgebers durch zusätzliche Maßnahmen verringert werden?
(z. B. Qualifizierung, Arbeitszeitreduzierung u. ä.)

☐

nein, weil:

☐

ja, durch:

Sonstige Hinweise/Angaben/Anmerkungen

4. Anlagen

☐

Kopie des Arbeitsvertrages

☐

Kopie des Schwerbehindertenausweises (beidseitig) und des Gleichstellungsbescheides

☐

Verdienstbescheinigung der letzten drei Kalendermonate vor der Antragstellung, in denen der regelmäßig zustehende Verdienst gezahlt wurde

☐

Bescheid über vorrangige Leistungen (z. B. Eingliederungszuschuss) der Reha-Träger
(Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung usw.)

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