

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

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

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen!

Leistungen an Arbeitgeber für Gebärdensprachdolmetscher (§ 26 (4) 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	
	PLZ 	Wohnort

Der/die betreffende Beschäftigte ist	☐ gleichgestellt	Grad der anerkannten Behinderung (GdB)
	☐ anerkannt schwerbehindert	
Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von		Datum bis Datum

☐	Ein Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung/Gleichstellung wurde gestellt	am	Datum
bei 			

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
☐ Berufskrankheit	☐ Krankheit	☐ bitte angeben

☐	Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:
Name/Anschrift	

☐	Der/Die Beschäftigte ist bei uns beschäftigt seit	Datum	wöchentliche Arbeitszeit (Std.)
--------------------------	---	-------	---------------------------------

Der/Die betroffene Beschäftigte ist/wird bei uns beschäftigt
als ☐ Auszubildende/r ☐ Arbeiter/in ☐ Angestellte/r ☐ Beamtin/er ☐ Leiharbeitnehmer/in ☐

bitte angeben

i.S.d. AUG

(vorgesehene) Tätigkeit als (Stellenbezeichnung)	Einsatzort
--	------------

erlernter Beruf des/der Beschäftigten

Die Beschäftigung ist ☐ unbefristet ☐ befristet	Zeitraum der Befristung von _____ bis _____
---	--

Der/die Beschäftigte wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet	☐ ja, auf	Plätze	☐ nein
---	----------------------------------	--------	-------------------------------

3. Angaben zur beantragten Leistung

Zu erfüllende Hauptarbeitsaufgaben am Arbeitsplatz (Art und prozentualer Anteil)	

Bei der Beschäftigung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin ist ein regelmäßiger Bedarf an Gebärdensprachdolmetscherleistungen bei u. a. folgenden Situationen/Anlässen vorhanden:

Die zeitliche Inanspruchnahme eines Gebärdensprachdolmetschers wird mit durchschnittlich

Stunden

☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ monatlich eingeschätzt.

Ist der Arbeitsplatz behinderungsgerecht ausgestattet?

☐ ja ☐ nein, weil: (bitte begründen)

Sonstige Hinweise/Angaben/Anmerkungen

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.

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:

Ort, Datum

Unterschrift