

Fragebogen / Antrag des gleichgestellten / schwerbehinderten Menschen auf Gewährung einer finanziellen Leistung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe

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. Angaben zur beantragten Leistung

Arbeitsplatzbeschreibung (Art und prozentualer Anteil der zu erfüllenden Hauptarbeitsaufgaben)

Folgende allgemeine Leistungen werden beantragt:

Außerdem werden folgende rein behinderungsbedingte (Zusatz-) Gegenstände/Leistungen beantragt:

--

Begründung

--

Die Gesamtkosten betragen rd.

Euro

davon rein behinderungsbedingte Kosten rd.

Euro

geplante Finanzierung

--

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

☐

nein

☐

ja, am

Datum

bei (Name/Anschrift der betreffenden Stelle/Aktenzeichen)

--

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.

Ich versichere, die Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, jede Änderung in den 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

--

Eingaben entfernen

Stempel und Unterschrift des Antragstellers