

Absender:

Landesamt für Soziales
- Inklusionsamt –
Postfach 10 32 52
66032 Saarbrücken

Eingangsstempel

Az. Inklusionsamt:
C 2

Antrag

auf Gewährung von Leistungen an Arbeitgeber nach dem
Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Hinweise

- Das Zutreffende bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen.
- Sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht, bitte ein gesondertes Blatt verwenden.
- Sie sind nach § 60 Abs.1 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches verpflichtet, alle für die Gewährung von Leistungen erheblichen Angaben zu machen. Ohne die in diesem Antragsformular geforderten Angaben ist eine Bearbeitung Ihres Antrages nicht möglich.

Wir beantragen eine Hilfe zur

- Schaffung neuer geeigneter Arbeits- oder Ausbildungsplätze für schwerbehinderte Menschen (§ 15 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV))
- behinderungsgerechten Einrichtung und Unterhaltung von Arbeitsräumen, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Gerätschaften (§ 26 Abs. 1 SchwbAV)
- Ausstattung von Arbeits- oder Ausbildungsplätzen mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen (§ 26 Abs. 1 Nr. 3 SchwbAV)
- Leistungen gem. § 26 Abs. 1 Nr. 4 SchwbAV

1. Antragsteller/in

Name des Betriebes, der Behörde			
Anschrift			
Zahl der Arbeitsplätze (§ 156 SGB IX)	(§§ 157 - 159 SGB IX) Pflichtplätze	besetzte Pflichtplätze	Quote

1.1 Betriebliche Helfer nach dem SGB IX

Beauftragte(r) des Arbeitgebers	Telefon - Durchwahl
Ansprechpartner für diese Maßnahme	Telefon - Durchwahl
Vertrauens(mann)/-frau	Telefon - Durchwahl
Betriebs-/Personalratsvorsitzende(r)	Telefon - Durchwahl

Hinweis

Die nachfolgende Frage ist nur zu beantworten, wenn der/die Antragsteller/in ein Nebenbetrieb/Betriebsteil oder eine nachgeordnete Dienststelle ist.

1.2 Beschäftigungspflichtiger Arbeitgeber (§ 154 SGB IX)

Name			
Anschrift			
Zuständige Agentur für Arbeit			
Zahl der Arbeitsplätze (§ 156 SGB IX)	Pflichtplätze (§§ 157 - 159 SGB IX)	besetzte Pflichtplätze	Quote

2. Die Hilfe wird beantragt zugunsten des schwerbehinderten Menschen

Name, Vorname	Geburtsdatum
privat Anschrift	Telefon tagsüber
Staatsangehörigkeit	Familienstand
<p>Grad der Behinderung(GdB): _____</p> <p>Merkzeichen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____</p> <p>nachgewiesen durch Ausweis</p> <p>Az.: _____ vom: _____ gültig bis: _____</p> <p>Versorgungsamt: _____ Bescheid vom: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gleichstellung durch Agentur für Arbeit _____</p> <p>mit Bescheid vom: _____, Az.: _____</p> <p>Mehrfachanrechnung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, auf _____ Pflichtplätze</p> <p>durch Agentur für Arbeit: _____</p> <p>mit Bescheid</p> <p>vom: _____, Az.</p>	

Ursache der Behinderung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigung | <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall |
| <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung | <input type="checkbox"/> Berufskrankheit |
| <input type="checkbox"/> Impfschaden | <input type="checkbox"/> durch einen Dritten verschuldeten Unfall |
| <input type="checkbox"/> Gewalttat | <input type="checkbox"/> Krankheit |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Der schwerbehinderte Mensch ist beschäftigt als
Tätigkeit: _____
seit: _____

Erwerbszweig: Arbeiter/-in Angestellte/r Beamter/-in

Vollzeitbeschäftigt Teilzeitbeschäftigt

Die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen ab

Gesamtdauer der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungszeiten in Monaten _____

Die detaillierte Beschreibung der ausgeübten / vorgesehenen Tätigkeit ist als Anlage beizufügen:

Eine vorzeitige Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses ist derzeit beabsichtigt

nein ja, zum _____ wegen _____

Zur Zeit liegt Arbeitsunfähigkeit / Dienstunfähigkeit vor

nein ja, seit _____ bis _____

Lohn- / Gehalts- / Besoldungsgruppe: _____

Zeitlohn Akkordlohn Prämienlohn

Bruttolohn monatlich: _____ €

Versicherungsverhältnis _____

Anschrift der Krankenversicherung

Anschrift und Versicherungsnummer des Rentenversicherungsträgers

Anschrift der Berufsgenossenschaft

3. Geplante Maßnahme

Beschreibung des Vorhabens	
Voraussichtliche Kosten (soweit möglich Kostenvoranschläge beifügen)	
Gesamtkosten in EUR	
Welche Vorteile entstehen dem/der Schwerbehinderten durch die geplante Maßnahme (z.B. Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, Steigerung des Leistungsniveaus, Erweiterung der Einsatzfähigkeit, Verbesserung des Einkommens usw.)?	
Welche Vorteile entstehen dem Arbeitgeber durch die geplante Maßnahme (z.B. Erhöhung der Produktivität, besserer Betriebsablauf, Einsparung von Aushilfskräften usw.)?	
Besteht allgemein oder für die geplante Maßnahme Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde bei einer anderen Stelle eine Zuwendung für dieselbe Maßnahme beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	

Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben; jede Änderung werden wir dem **Landesamt für Soziales -Inklusionsamt-** unverzüglich mitteilen. Über die Folgen wissentlich falscher oder unterlassener Erklärungen sind wir uns bewusst.

Die Schwerbehindertenvertretung wurde über den Antrag unterrichtet (§ 178 Abs. 2 SGB IX)

Ort und Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift
des/der Antragsteller(s)/-in

Ort und Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift
des/der Arbeitnehmer(s)/-in

Bestätigung der Schwerbehindertenvertretung

Über die geplante Maßnahme und den vorstehenden Antrag wurde ich rechtzeitig und umfassend unterrichtet.

Ort und Datum

Unterschrift