

## Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe aus der Ausgleichsabgabe

### 1. Angaben zum Arbeitgeber / Antragsteller

Firma (Betriebsname / Rechtsform / Straße / PLZ / Ort)		Fon / Fax
Wirtschaftszweig		Betriebsnummer (kann bei der Arbeitsagentur erfragt werden)
Arbeitsplätze insgesamt (Stand zurzeit)	Betriebs-/Personalratsvorsitzende/r / Fon	
Anzahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen / behinderten Menschen, die den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt wurden u. a.:	Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen / Fon	
Geltender Tarifvertrag	Ansprechpartner/in bei Rückfragen / Fon	

### 2. Behinderter Mensch (wenn mehr als eine Person betroffen ist, bitte besondere Aufstellung als Anlage)

Name, Vorname u. Anschrift des schwerbehinderten Menschen	Geburtsdatum	Grad der Behinderung	Einstellungsdatum
Behinderungen lt. Feststellungsbescheid (als Kopie beigelegt)			
Berufsausbildung:	Tätigkeit des behinderten Menschen		
<input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung mit _____ Std./Woche	Es handelt sich dabei um <input type="checkbox"/> den bisherigen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen anderen vorhandenen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen neu zu schaffenden Arbeitsplatz		
Ist eine andere Tätigkeit vorgesehen, wenn ja welche?			
Ist eine Anlernmaßnahme notwendig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ggf. Dauer	ggf. Kosten	
Führt die Maßnahme zu einer Verbesserung des Einkommens (z. B. andere Lohngruppe, Übergang von Zeit- zu Leistungslohn, etc.)			

### 3. Maßnahme

Was soll beschafft werden? (Bitte jeweils 2 Kostenvorschläge beifügen)	Kosten in Euro (ohne MwSt.)
Sonstiger Aufwand (z. B. Fremdarbeiten, eigene Material- und Lohnkosten – Angebote, Nachweise oder Ähnliches bitte beifügen)	Gesamt
Führt die Maßnahme zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile, wenn ja, Begründung	
Wird die Produktivität des Arbeitsplatzes verbessert? Ggf. in welchem Umfang?	

Wurde der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung beteiligt?  ja  nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?  ja  nein

Erhalten Sie / Beantragen Sie von anderer Stelle (z. B. Arbeitsagentur, Amt f. Wirtschaftsförderung) Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung dieses behinderten Menschen?  nein

ja, und zwar \_\_\_\_\_ Euro

Weitere Angaben und Begründung des Antrages, insbesondere zur Förderungshöhe:

Überweisungen erbitte ich auf folgendes Konto:

bei der \_\_\_\_\_  
BLZ \_\_\_\_\_ Kto.-Nr. \_\_\_\_\_

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben der Fürsorgestelle der Kreisverwaltung Unna / des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (Integrationsamt) erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.1977 – BGBl. I S. 201 -). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel, Unterschrift