

Geschäftszeichen:

*(Sofern bekannt, bitte angeben)*

Eingangsstempel

**Antrag auf Leistungen zur Gründung und Erhaltung einer selbständigen Existenz nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)**

**Angaben zur Person / private Kontaktdaten**

Name, Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	Geschlecht	Geburtsdatum
--	------------	--------------

Straße, Hausnummer

Postleitzahl:	Wohnort:
---------------	----------

Tel.-Nr. (tagsüber erreichbar)	Fax-Nr.	E-Mail-Adresse
--------------------------------	---------	----------------

**Private Bankverbindung**

Name der Bank

IBAN	BIC
------	-----

Ausgeübte Tätigkeit	Erlerner Beruf	Weitere berufliche Qualifikationen
---------------------	----------------	------------------------------------

wöchentliche Arbeitszeit	selbständig/freiberuflich tätig seit, bzw. beabsichtigtes Gründungsdatum
--------------------------	--

Gehen Sie neben der selbständigen Tätigkeit einer abhängigen Beschäftigung nach (als Arbeiter/Angestellter/Beamter)?

JA  NEIN

Wenn ja, bei welchem Arbeitgeber (Bezeichnung, Adresse) sind Sie in welchem zeitlichen Umfang (Std./Wo.) beschäftigt?

⇒ Bitte legen Sie eine Kopie der letzten/aktuellsten Gehalts-/Lohn-/Besoldungsabrechnung sowie des Arbeitsvertrages bei.

## Angaben zur Behinderung/Schädigung

### Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

- Bei mir wurde vom Amt für Versorgung und Soziales - Versorgungsamt - eine Schwerbehinderung festgestellt.  
(Bitte Kopie des aktuellen Feststellungs**bescheides** und des Schwerbehinderten**ausweises** beifügen.)
- Ich wurde durch die Agentur für Arbeit den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt.  
Die Gleichstellung ist  unbefristet /  befristet bis: \_\_\_\_\_  
(Bitte **zusätzlich** Kopie des Gleichstellungsbescheides beifügen.)

## Angaben zu Ansprüchen gegen Dritte

Meine Behinderung / Schädigung ist ganz oder teilweise

- auf Verschulden Dritter zurückzuführen.  JA  NEIN
- Folge eines Arbeits- oder Dienstunfalls.  JA  NEIN

Ich habe oder hatte deshalb Ansprüche auf z. B. Rente,

Schmerzensgeld, Schadenersatz oder Unfallausgleich  JA  NEIN

wenn ja, gegen \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Es wurde eine Abfindung gezahlt.  JA  NEIN

⇒ Bei noch nicht abgeschlossenen Verfahren bitte den Sachverhalt auf einem Beiblatt erläutern!

## Angaben zur Sozialversicherung

### Rentenversicherung

Ich zahle aktuell Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung.  JA  NEIN

Ich habe in der Vergangenheit Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt.  JA  NEIN

Anschrift der Rentenversicherung \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

⇒ Bitte Ausdruck des Versicherungsverlaufs vorlegen.

### Leistungen der beruflichen Rehabilitation

Ich habe in den letzten sechs Monaten Leistungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation erhalten oder beantragt (z. B. Rehabilitationsmaßnahme (Kur), Umschulung, Arbeitsplatzausstattung, Rente).  JA  NEIN

Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Von/bei wem (mit Anschrift des Trägers und Aktenzeichen): \_\_\_\_\_

## Leistungen anderer Stellen

Für denselben Zweck wurde oder wird bei anderen Leistungsträgern (z. B. Agentur für Arbeit, Job Center, Rentenversicherung, Krankenkasse, Beihilfestelle, Berufsgenossenschaft, Künstlersozialkasse usw.) ein Antrag gestellt.

NEIN

JA,  
bei: \_\_\_\_\_

⇒ Bitte Bescheid beifügen / nachreichen.

Ich beziehe seit \_\_\_\_\_  Arbeitslosengeld I  Arbeitslosengeld II  Grundsicherung

Übergangsgeld  Altersrente/Pension  Unfallrente  Erwerbsminderungsrente  \_\_\_\_\_

⇒ Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen / nachreichen.

Ich beziehe keine Leistungen

## Angaben zur selbständigen beruflichen Existenz

Ich befinde mich aktuell in der Gründungsphase und kann noch keine Angaben zum Betrieb machen.

JA

NEIN

Wenn ja, aus welchen Gründen beabsichtigen Sie eine selbständige berufliche Existenz zu gründen?

## Problem/Beantragte Leistung

Welche Leistung des Integrationsamtes möchten Sie in Anspruch nehmen?  
Bitte begründen Sie Ihren Bedarf.

## Betriebliche Kontaktdaten

Name / Betriebsbezeichnung

### Betriebssitz/Adresse

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Tel.-Nr.

Fax-Nr.

E-Mail

Rechtsform der selbständigen Unternehmung

Einzelunternehmen  GbR  GmbH  KG  OHG  eK  sonstige \_\_\_\_\_

Betriebs-Nr.

vorsteuerabzugsberechtigt  JA  NEIN

Gewerbeanmeldung/Zulassung  JA  NEIN

⇒ Bitte entsprechende Nachweise vorlegen.

Sind Sie alleiniger Inhaber des Betriebs?

JA

NEIN

Wenn nein, wie viele weitere Personen sind an Ihrem Unternehmen beteiligt und in welcher Funktion?

## Geschäftskonto

Name der Bank

IBAN

BIC

Sonstige Angaben:

## Hinweise

Die mit dem Antrag erhobenen Daten werden vom Integrationsamt für die Berechnung, Bescheiderteilung und weitere Abwicklung in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert.

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann die Leistung zurückgefordert werden (§ 45 ff. SGB X).

Die Hinweise zum Datenschutz (Anlage des Antrags) habe ich gelesen. Die von mir zur Verfügung gestellten Angaben und Unterlagen zu meiner Behinderung dürfen für die Bearbeitung meines Antrags genutzt werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

## **Hinweise zum Datenschutz für schwerbehinderte Antragstellende**

Sehr geehrte/r Antragsteller/in,

Sie haben einen Antrag auf Leistungen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben gestellt. Zur Bearbeitung des Antrages benötigen wir Angaben zu Ihrer Person und ihrem Arbeitsverhältnis (z. B. Grad der Behinderung, Arbeitgeber, Tätigkeit).

Die Angaben sind erforderlich, damit wir prüfen können, ob eine Leistungsgewährung nach den für uns geltenden Bestimmungen möglich ist. Der Zweck der beantragten Leistung ist es, Ihre Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.

Die erhobenen Daten werden in Schriftform in Akten gesammelt und teilweise in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung verarbeitet. Diese Verarbeitung der Daten macht die Ermittlung und Auszahlung einer Leistung erst möglich. Dabei werden nur entscheidungserhebliche Daten gespeichert.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Sozialdaten sind die §§ 67 a ff. SGB X.

Die erfassten Daten werden beim LWV Hessen für die Dauer von zehn Jahren gespeichert. Die Speicherung über den Zeitpunkt der Auszahlung der Leistung hinaus ist notwendig, damit

- die haushaltrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden,
- keine Doppelförderungen erfolgen und
- die zuständigen Prüfinstanzen (Revision des LWV Hessen und Hessischer Rechnungshof) die ordnungsgemäße Bearbeitung der Anträge und Verwendung der finanziellen Mittel überprüfen können.

Auf dem Formular Persönliche Angaben (P) erfragen wir von Ihnen auch Daten zu Ihrer Behinderung. Diese Angaben sind erforderlich, damit wir prüfen können, ob Sie zu dem Personenkreis gehören, für den wir Leistungen nach Teil 3 des Sozialgesetzbuches, Neuntes Buch (SGB IX), erbringen können und ob die Leistungen wegen Ihrer Behinderung erforderlich sind.

Da es sich hier um besonders geschützte Gesundheitsdaten handelt, brauchen wir Ihre Einwilligung, damit wir diese Daten verarbeiten dürfen. Das Formular mit den Persönlichen Angaben (P), enthält deshalb eine Einwilligung, mit der Sie sich mit der Verarbeitung Ihrer Daten einverstanden erklären.

Wenn Sie nicht mit der Verarbeitung der Daten einverstanden sind, kann das Integrationsamt Ihren Antrag nicht prüfen und keine Leistung gewähren.

Sie können diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Sollten wir nicht für die Bearbeitung des Antrages zuständig sein, sind wir gesetzlich verpflichtet den Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger (z. B. an die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung) oder ein anderes Integrationsamt weiterzuleiten. Die Rechtsgrundlage dafür sind die §§ 14,15 SGB IX bzw. § 16 SGB I.

Sie haben ein Auskunftsrecht über die bei uns gespeicherten Daten. Sie haben ein Recht auf Berichtigung oder Löschung von fehlerhaften Daten oder Einschränkung der Verarbeitung.

Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich an die Datenschutzbeauftragte beim LWV Hessen wenden:

**Datenschutzbeauftragte des LWV Hessen**

**Ständeplatz 6 – 10**

**34117 Kassel**

**E-Mail-Adresse: [datenschutzbeauftragte@lww-hessen.de](mailto:datenschutzbeauftragte@lww-hessen.de)**

Verantwortliche Stelle für den Datenschutz im Sinne des Art. 4 Nr. 7 Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit § 67 Abs. 4 Satz 2 SGB X ist der

**Leiter des LWV Hessen Integrationsamtes**  
**Thomas Niermann**  
**Ständeplatz 6-10**  
**34117 Kassel**  
**E-Mail-Adresse: [thomas.niermann@lww-hessen.de](mailto:thomas.niermann@lww-hessen.de)**

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (HBDI) überwacht die Einhaltung der Vorschriften der Datenschutzregelungen bei öffentlichen Stellen in Hessen. Sollten sich Schwierigkeiten ergeben, haben Sie die Möglichkeit, eine Beschwerde beim Hessischen Datenschutzbeauftragten einzureichen.

**Der Hessische Beauftragte für Datenschutz  
und Informationsfreiheit**  
**Postfach 3163**  
**65021 Wiesbaden**  
**E-Mail-Adresse: [poststelle@datenschutz.hessen.de](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)**

Ihr Integrationsamt