

Name, Vorname des/der Beschäftigten:

Geschäftszeichen des Integrationsamtes:

214.

Antrag auf Leistungen zur Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen

1. Angaben zur Entlohnung des schwerbehinderten Menschen

Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: _____ Euro

Bitte fügen Sie diesem Antrag eine Kopie der aktuellen Entgeltabrechnung des schwerbehinderten Menschen bei!

Arbeitstage pro Woche: _____ Tage tägliche Arbeitszeit: _____ Stunden

tarifliche /betriebsübliche Arbeitstage pro Woche: _____ Tage tarifliche/betriebsübliche tägliche Arbeitszeit: _____ Stunden

Geltender Tarifvertrag: _____

2. Unkündbarkeit

Ist eine ordentliche (Änderungs-) Kündigung arbeits- oder tarifvertraglich ausgeschlossen?

Ja, ab welchem Zeitpunkt tritt die Unkündbarkeit ein? _____ Nein

3. Angaben zur außergewöhnlichen Belastung

- a) Im Zusammenhang mit der Beschäftigung der/des Arbeitnehmers/in auf seinem/ihrer Arbeitsplatz entstehen uns außergewöhnliche Belastungen, weil ...

- b) Welche Maßnahmen wurden bisher zur Reduzierung der außergewöhnlichen Belastung getroffen?

Umsetzung Ja Nein

Zusätzliche Einweisung Ja Nein

Qualifizierung/Fortbildung Ja Nein

Behinderungsgerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes Ja Nein

Sonstiges: _____

