

Antragstellende Person

Name, Vorname:

Geschäftszeichen:

Geburtsdatum:

*(Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf der Rückseite)*

**Begleitende Hilfe im Arbeitsleben;  
Antrag auf eine Kraftfahrzeughilfe nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)**

zur Beschaffung eines Kraftfahrzeuges

zur behinderungsgerechten Zusatzausstattung eines Kraftfahrzeuges

zur Erlangung einer Fahrerlaubnis

zur Übernahme der Beförderungskosten

**I. Angaben zum Antrag**

1. Beschreibung des zum Kauf beabsichtigten Kraftfahrzeuges:

a) Fabrikat: \_\_\_\_\_ b) Typ: \_\_\_\_\_

c) Beschaffungskosten: \_\_\_\_\_ Euro  Neufahrzeug  Gebrauchtfahrzeug

2. Ich kann meinen Arbeitsplatz mit öffentlichen Verkehrsmittel nicht erreichen, weil:

3. Mir wurde die Fahrerlaubnis (s. § 6 Fahrerlaubnis-Verordnung - FeV) der Klasse \_\_\_\_\_ erteilt.

4. Das Kraftfahrzeug wird  von mir geführt.

von \_\_\_\_\_ geführt, da ich das Fahrzeug nicht selbst führen kann.

5. Auf Grund der Behinderung des Fahrers ist folgende Zusatzausstattung erforderlich:

6. Das Kraftfahrzeug soll wie folgt finanziert werden:

a) Altwagenerlös: \_\_\_\_\_ Euro    b) Eigenmittel: \_\_\_\_\_ Euro

c) Kreditaufnahme \_\_\_\_\_ Euro    d) Zuschüsse Dritter (z.B. Arbeitgeber): \_\_\_\_\_ Euro

e) Leistung des Integrationsamtes:     höchstmöglicher Zuschuss

Zuschuss in Höhe von: \_\_\_\_\_ Euro

7. Die Auszahlung der Leistung soll erfolgen:

Durch Überweisung auf mein Konto

Durch Überweisung an die Lieferfirma (Name, Anschrift, Bankverbindung):

## II. Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen

**Einkommen des Antragstellers**

**monatlich Euro**

Arbeitseinkommen/Beamtenrechtliche Bezüge

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(brutto) \_\_\_\_\_

Einkommen aus beruflich selbstständiger Tätigkeit

Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(brutto) \_\_\_\_\_

Lohnersatzleistungen/Nebenbeschäftigung     nein

(z.B. Arbeitslosengeld I oder II, Krankengeld, Elterngeld, Berufsunfähigkeitsrente,

(Teil-) Erwerbsminderungsrente, Unfallrente o.ä.) \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsrenten, sonstige Renten, Beamtenversorgung

(z.B. Altersruhegeld, beamtenrechtliche Versorgungsbezüge o. ä..) \_\_\_\_\_

Andere Einkünfte z.B. Sozialhilfe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Abzugsbeträge**

monatlich Euro

auf das Einkommen entrichtete Steuern

Lohn- / Einkommensteuer

\_\_\_\_\_

Solidaritätszuschlag

\_\_\_\_\_

Kirchensteuer

\_\_\_\_\_

**Versicherungsbeiträge (nur Antragsteller)**

	Versichert bei	Zeitraum von - bis		Jahresbeitragshöhe Euro
Krankenversicherung				
Pflegeversicherung				
Rentenversicherung				
Arbeitslosenversicherung				

**Familienangehörige und deren Einkommen**

	Name	Vorname	geb. am	Verwandtschafts- verhältnis	Einkom- men ja/nein	Art des Einkommens	mtl. Euro netto
1							
2							
3							
4							
5							

## Hinweise

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

Diesem Antrag ist beizufügen:

Formular: Persönliche Angaben (Anlage P)

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

**- Bitte beachten Sie auch die nachfolgenden Erläuterungen. -**

## Erläuterungen

- Sofern bekannt, bitte stets das Geschäftszeichen des Integrationsamtes angeben.
- Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes im Rahmen des Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) werden bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen vom Integrationsamt nur dann gewährt, wenn für denselben Zweck keine Leistungen von einem Rehabilitationsträger (z.B. Renten-, Unfallversicherungsträger, Agentur für Arbeit, etc.), erbracht werden. Grundsätzlich sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.
- Den Antrag für die umseitige/n Leistung/en müssen Sie unbedingt vor dem Abschluss eines Kaufvertrages / Aufgabe einer Bestellung bei uns einreichen. Nachträglich können wir grundsätzlich keine Leistungen erbringen.
- Die Förderung eines Kraftfahrzeuges erfolgt nur, wenn die Restfinanzierung sichergestellt ist (Bitte Nummer 6 des Antrages beachten).
- Zusätzliche Begründungen machen Sie bitte auf einem Beiblatt.
- Ein Gebrauchtfahrzeug ist nur dann förderfähig, wenn der aktuelle Kaufpreis noch mindestens 50 v. H. des ursprünglichen Neuwagenpreises beträgt. Der Fahrzeugneupreis ist entsprechend nachzuweisen.

## **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