

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) in Verbindung mit der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

Landeswohlfahrtsverband Hessen
 Integrationsamt
 Funktionsbereich 214.3
 Ständeplatz 6 – 10
 34117 Kassel

Antrag auf Pauschalierung von Leistungen nach § 27 SchwbAV in Inklusionsbetrieben

1. Angaben zum Antragssteller

Name des Inklusionsbetriebes		Aktenzeichen (falls bekannt)	
Anschrift des Inklusionsbetriebes			
Branche			
Gesellschafter			
Kontaktperson bei Rückfragen		Tel.:	
Bankverbindung (IBAN; BIC, Name des Kreditinstituts)			
IBAN: _____		BIC: _____	
Name Kreditinstitut: _____			

2. Angaben zum Mitarbeiter/ zur Mitarbeiterin

Name des Mitarbeiters/ der Mitarbeiterin		Aktenzeichen (falls bekannt)	
Geburtsdatum	beschäftigt seit	Arbeitsvertrag <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____	
Wöchentliche Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Vollzeit mit _____ Stunden. <input type="checkbox"/> Teilzeit mit _____ Stunden, dies entspricht _____ % der regelmäßigen Arbeitszeit			
Grad der Behinderung: _____	Merkzeichen: _____	Art der Behinderung <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> seelisch Behinderung <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung	
Übergang aus Tagesstätte, psychiatrischer Einrichtung, Förderschule oder WfbM <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus _____			
Werden/ wurden Zuschüsse anderer Leistungsträger gewährt (Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Rentenversicherung etc.)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Leistungsträger angeben: _____			
(Bitte entsprechende Nachweise beifügen.)			

→ Bitte fügen Sie Ihrem Antrag unbedingt folgende Unterlagen bei:

- Kopie der Lohn- bzw. Gehaltsabrechnung des Mitarbeiters/ der Mitarbeiterin
- Kopie Feststellungsbescheid bzw. Gleichstellungsbescheid
- Kopien der Bewilligungsbescheide, falls Sie Zuschüsse anderer Leistungsträger erhalten
- Kopie des aktuellen Arbeitsvertrages

3. Abschließende Erklärungen

Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Wir verpflichten uns, jede Änderung in den in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung

Wir sind mit der Verarbeitung und Speicherung der von uns in den Antragsvordrucken gemachten Angaben einverstanden.

Die Angaben in den Akten und automatisierten Dateien werden für statistische Auswertungen verwendet.

Diese Einwilligungserklärung kann verweigert bzw. jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift