

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 pauschalierte Leistungen / auf Verlängerung der Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen nach § 27 SchwbAV

1. Angaben zum antragstellenden Betrieb

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

2. Angaben zur Mitarbeiterin / zum Mitarbeiter

Name der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters	Aktenzeichen des Integrationsamtes (falls bekannt)	
Anschrift der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters		
E-Mail der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters	Tel. der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters:	
Geburtsdatum	beschäftigt seit	Arbeitsvertrag unbefristet befristet bis _____
Wöchentliche Arbeitszeit Vollzeit mit _____ Stunden. Teilzeit mit _____ Stunden, dies entspricht _____ % der regelmäßigen Arbeitszeit		
Grad der Behinderung: _____	Merkzeichen: _____	Art der Behinderung: Diese Angaben werden aus datenschutzrechtlichen Gründen beim Arbeitnehmer separat angefordert.

Übergang aus Tagesstätte, psychiatrischer Einrichtung, WfbM, Förderschule oder Abgänger anderer Schulen mit festgestelltem sonderpädagogischem Förderbedarf in den Bereichen geistiger Entwicklung, körperlich motorischer Entwicklung, Sehen oder Hören

nein ja, aus _____

Werden bzw. wurden Zuschüsse anderer Leistungsträger gewährt (Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Rentenversicherung etc.)? nein ja, und zwar: **(Bitte entsprechende Nachweise beifügen)**

Ggf. Betreuer(in) / Ansprechpartner(in) der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters (Name, Vorname, Anschrift, Tel., E-Mail):

3. Verlängerung der Leistungen (nur bei Verlängerungsanträgen auszufüllen)

Abgelaufener / ablaufender Leistungszeitraum	Bisherige Stufe der Pauschalleistungen
Bisheriger Stellenumfang _____ % einer Vollzeitkraft	Bisherige monatliche Höhe der Leistungen _____ €
<p><u>Degressionsabfrage:</u> Der bisherige Unterstützungsbedarf</p> <p>hat sich verändert (z. B. Veränderung von Grad der Behinderung oder Merkzeichen). Bitte Nachweise beifügen.</p> <p>hat sich nicht verändert.</p>	

=> Bitte fügen Sie Ihrem Antrag unbedingt folgende Unterlagen bei:

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

4. 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 verwandt.

Diese Einwilligungserklärung kann verweigert beziehungsweise jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift