

Arbeitgeberangaben (Anlage A) zum Antrag vom _____

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail:

 Privater Arbeitgeber

 Öffentlicher Arbeitgeber

 Sonstiger Arbeitgeber (z.B. Verein, Beschäftigungsinitiative):

 Hauptbetrieb

 Nebenbetrieb

vorsteuerabzugsberechtigt

 ja

 nein

Name der Bank:

IBAN:

Ggf. Kontoinhaber:

Arbeitsplätze nach §§ 154 - 159 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)

Anzahl aller Arbeitsplätze:

Pflichtarbeitsplätze Soll:

Besetzte Pflichtarbeitsplätze:

Stand:

Ansprechpartner

Inklusionsbeauftragte(r) des Arbeitgebers für die Angelegenheiten der schwerbehinderten Menschen

Name:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail:

Schwerbehindertenvertretung
 nicht vorhanden

Name:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail:

Vorsitzende(r) Betriebs-/Personalrat
 nicht vorhanden

Name:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

E-Mail:

Sonstiges

Bezug der Zeitschrift "ZB Behinderung und Beruf"

nein

ja

Sonstige Angaben:

Hinweise

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

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

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel
