

Name des Inklusionsbetriebes	Aktenzeichen des Integrationsamtes
Anschrift des Inklusionsbetriebes	
Kontaktperson bei Rückfragen	Telefon

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Integrationsamt
Funktionsbereich 214.3
Ständeplatz 6 - 10
34117 Kassel

Bestätigung des Vorliegens eines neuen Ausbildungs-/Arbeitsplatzes im Sinne des „AlleImBetrieb“/Antrag auf Aufstockung der Leistungen nach § 217 SGB IX

I.) Neue(r) Auszubildende(r)/Beschäftigte(r)

Allgemeine Angaben zur neuen Beschäftigten/zum neuen Beschäftigten	
Name, Vorname	
Geb.-Datum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Einstellungsdatum	
Betriebszweig	
ÜbergängerIn aus WfbM	<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein*
FörderschülerIn/SchülerIn mit sonderpädagogischem Förderbedarf	<input type="checkbox"/> ja* (Nachweis ist beigelegt) <input type="checkbox"/> nein*
Abgebende WfbM/Schule	

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau _____ auf einem **neuen** Ausbildungs-/Arbeitsplatz eingestellt wurde. Es handelt sich um die **erstmalige Besetzung** dieses Ausbildungs-/Arbeitsplatzes durch einen schwerbehinderten Menschen der besonderen Zielgruppe des § 215 Abs. 1 SGB IX (**keine Nachbesetzung**).

Herr/Frau _____ wurde nicht auf einem neuen Ausbildungs-/Arbeitsplatz im Sinne des „AlleImBetrieb“ eingestellt.

II.) Antrag auf Aufstockung der Leistungen nach § 217 SGB IX

Antrag auf Aufstockungsleistungen nach § 217 SGB IX	
Da es sich um eine/n Auszubildenden handelt, wird gleichzeitig die Aufstockung von Leistungen nach § 217 SGB IX (Besonderer Aufwand) beantragt.	<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein*
Da es sich um eine/n Beschäftigten aus dem Personenkreis der WfbM-Übergänger/innen, der Sonderschüler bzw. der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf handelt, wird gleichzeitig die Aufstockung von Leistungen nach § 217 SGB IX (Besonderer Aufwand) beantragt.	<input type="checkbox"/> ja* <input type="checkbox"/> nein*

* Zutreffendes bitte ankreuzen

III.) Abschließende Angaben

1. Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Wir verpflichten uns, jede Änderung in den in dieser Bestätigung enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen. Uns ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen insbesondere dann zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt worden ist.
2. Wir sind mit der Verarbeitung und Speicherung der von uns in dieser Bestätigung gemachten Angaben einverstanden. Die Angaben in den Akten und automatisierten Dateien werden für statistische Auswertungen sowie zur Verwendungsnachweislegung verwandt. Diese Einwilligungserklärung kann verweigert bzw. jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Inklusionsbetrieb

Hinweis:

Diesen Vordruck bitte zusammen mit der Praxishilfe einreichen.