

Antrag auf Leistungen
nach dem Hessischen Perspektivprogramm zur Verbesserung
der Arbeitsmarktchancen schwerbehinderter Menschen (HePAS 2020)
 (01.01.2020 – 31.12.2023)

Landeswohlfahrtsverband Hessen
 Integrationsamt
 Ständeplatz 6 – 10
 34117 Kassel

Antrag auf Prämie für den erstmaligen Abschluss
einer Inklusionsvereinbarung (§ 7 HePAS)

Name des Unternehmens/der Dienststelle:		Unternehmenssitz (Eintragung Handelsregister):	
Anschrift des Unternehmens/der Dienststelle:		Betriebsnummer (bitte angeben):	
Abschluss der Inklusionsvereinbarung zum:		Erstmaliger Abschluss: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Inklusionsvereinbarung: <input type="checkbox"/> Liegt dem Antrag bei <input type="checkbox"/> Wird nachgereicht
Branche des Antragstellers:			
<input type="checkbox"/> Gesundheit- und Sozialwesen, Erziehung und Unterricht		<input type="checkbox"/> Versicherung, Banken, Information und Kommunikation	
<input type="checkbox"/> Energie- und Wasserversorgung, Baugewerbe, Bergbau, Land- und Forstwirtschaft, Fischerei		<input type="checkbox"/> Öffentliche Verwaltung	
<input type="checkbox"/> Gastgewerbe, Kunst und Unterhaltung, Erholung, Reinigung		<input type="checkbox"/> Erbringung von Dienstleistungen/Einzelhandel	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verkehr, Lagerei, Transport	
Bankverbindung:			
IBAN: _____		BIC: _____	
Kreditinstitut: _____			
Kontaktperson bei Rückfragen:		Telefon oder E-Mail Kontaktperson:	

Hinweise für den Antragsteller:

- Für den Abschluss von Inklusionsvereinbarungen, die erstmals nach dem 01.01.2020 geschlossen und nach § 166 Abs. 1 Satz 6 SGB IX gegenüber der zuständigen Agentur für Arbeit und dem zuständigen Integrationsamt übermittelt werden, wird innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Vereinbarung beim zuständigen Integrationsamt eine einmalige Prämie von 2.000 Euro gewährt.

Abschließende Erklärung

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. Uns ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt worden ist.

Ort, Datum:

Unterschrift (Antragsteller); Firmenstempel:
