

**Antrag auf Leistungen
nach dem Hessischen Perspektivprogramm zur Verbesserung
der Arbeitsmarktchancen schwerbehinderter Menschen (HePAS 2024)**

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Integrationsamt
Ständeplatz 6 – 10
34117 Kassel

**Antrag Ausgleich und Übergangsprämie für WfbM (§ 9 HePAS)
(vom WfbM-Träger auszufüllen)**

Angaben zur WfbM	Name des WfbM-Trägers:	
	Anschrift des WfbM-Trägers (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer):	
	Bankverbindung: IBAN: _____ BIC: _____ Kreditinstitut: _____	
	Kontaktperson bei Rückfragen:	Telefon oder E-Mail Kontaktperson:

Angaben zum/ zur Arbeitnehmer/in und zur Beschäftigung	Name, Vorname der Arbeitnehmerin/ des Arbeitnehmers:		Geburtsdatum:		Geschlecht (m/w/d):		
	PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:						
	GdB*: _____	Schwerbehindertenausweis (in Kopie): <input type="checkbox"/> Liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird nachgereicht.		Gleichstellung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Gleichstellungsbescheid (in Kopie): <input type="checkbox"/> Liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird nachgereicht.	
	Name des einstellenden Unternehmens / der Dienststelle:						
	Anschrift des einstellenden Unternehmens / der Dienststelle (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)::						
	Einstellungszeitpunkt: _____		Übergang in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung oder in ein Budget für Arbeit/ Ausbildung: <input type="checkbox"/> Übergang in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung <input type="checkbox"/> Übergang Budget für Arbeit <input type="checkbox"/> Übergang in eine Ausbildung <input type="checkbox"/> Übergang Budget für Ausbildung				
Art des bisherigen WfbM-Platzes: <input type="checkbox"/> WfbM-Regelplatz im Arbeitsbereich seit dem _____. <input type="checkbox"/> Betriebsintegrierter Beschäftigungsplatz seit dem _____. Bitte Nachweis beifügen!							

Hinweise für den WfbM-Träger:

- Die Auszahlung des Ausgleichs und der Übergangsprämien erfolgt in zwei gleichen Raten nach Vorlage des Mittelabrufes. Im Mittelabruf der Werkstatt muss die Fortsetzung der Beschäftigung vom Arbeitgeber und der beschäftigten Person bestätigt werden. Die erste Auszahlung erfolgt nach Ablauf von 6 Beschäftigungsmonaten (frühestens am ersten Tag im 7. Monat), die zweite Auszahlung nach Ablauf von 12 Beschäftigungsmonaten (frühestens am ersten Tag im 13. Monat).

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 (WfbM-Träger):

Unterschrift (Arbeitnehmer/in):

Die Datenschutzerklärung und die Hinweise zum Datenschutz wurden zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum: Unterschrift

(WfbM-Träger):

Die Informationen zum Datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Die von mir zur Verfügung gestellten Angaben und Unterlagen zu meiner Behinderung dürfen für die Bearbeitung des Antrags entsprechend genutzt werden.

Ort, Datum:

Unterschrift (Arbeitnehmer/in):

Datenschutzerklärung und Hinweise zum Datenschutz

Der Zweck der beantragten Leistung ist es, die Teilhabe am Arbeitsleben von schwerbehinderten Menschen zu ermöglichen. Damit wir die gesetzlichen Voraussetzungen für Leistungen nach HePAS 2024 überprüfen können, ist es notwendig, im Antragsverfahren folgende Informationen abzufragen und durch den WfbM-Träger mitzuteilen:

- Angaben zum WfbM-Träger
- Persönliche Angaben zum/zur Arbeitnehmer/in
- Angaben zum Übergang aus einer Werkstatt für behinderte Menschen

Die vom WfbM-Träger übermittelten Daten, werden in Schriftform in Akten gesammelt sowie teilweise in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung verarbeitet. **Diese Verarbeitung der Daten macht die Ermittlung und Auszahlung einer Leistung erst möglich. Dabei werden nur entscheidungserhebliche Daten gespeichert. Nicht benötigte Informationen werden geschwärzt oder zurückgeschickt.**

Die erfassten Daten werden beim LWV Hessen für die Dauer von zehn Jahren gespeichert. Die Speicherung über den Zeitpunkt der Auszahlung hinaus ist notwendig, damit

- die haushaltrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden,
- keine Doppelförderungen erfolgen und
- die zuständigen Prüfinstanzen (Revision des LWV Hessen und Hessischer Rechnungshof) die ordnungsgemäße Bearbeitung der Anträge und Verwendung der finanziellen Mittel überprüfen können.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung der Sozialdaten sind die §§ 67 a ff. SGB X.

Die Angaben zur Behinderung sind erforderlich, damit wir prüfen können, in welcher Höhe bestimmte Leistungen für einen bestimmten Personenkreis nach den gesetzlichen Vorschriften gewährt werden können. Sie werden zudem für statistische Auswertungen sowie zur Erfüllung von Berichtspflichten verwandt.

Da es sich hier um besonders geschützte Gesundheitsdaten handelt, brauchen wir die Einwilligung der/des Betroffenen, damit wir diese Daten verarbeiten dürfen. Die Einwilligung zur Verwendung personenbezogener Daten kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Hinweis: Wenn Sie nicht mit der Verarbeitung der Daten einverstanden sind, kann das Integrationsamt den Antrag nicht prüfen und keine Leistung gewähren!

Die Betroffenen haben ein Auskunftsrecht über die bei uns gespeicherten Daten. Sie haben ein Recht auf Berichtigung oder Löschung von fehlerhaften Daten oder Einschränkung der Verarbeitung. Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich an die Datenschutzbeauftragte beim LWV Hessen wenden:

Datenschutzbeauftragte des LWV Hessen
Ständeplatz 6 – 10
34117 Kassel
E-Mail-Adresse: datenschutzbeauftragte@lww-hessen.de

Verantwortliche Stelle für den Datenschutz im Sinne des Art. 4 Nr. 7 Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit § 67 Abs. 4 Satz 2 SGB X ist der

Leiter des LWV Hessen Integrationsamtes

Thomas Niermann

Ständeplatz 6-10

34117 Kassel

E-Mail-Adresse: thomas.niermann@lww-hessen.de

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (HBDI) überwacht die Einhaltung der Vorschriften der Datenschutzregelungen bei öffentlichen Stellen in Hessen. Sollten sich Schwierigkeiten ergeben, haben Sie die Möglichkeit, eine Beschwerde beim Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit einzureichen.

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Postfach 3163

65021 Wiesbaden

E-Mail-Adresse: poststelle@datenschutz.hessen.de