

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

Landeswohlfahrtsverband Hessen  
Integrationsamt  
Ständeplatz 6 – 10  
34117 Kassel

**Antrag auf Einstellungsprämie (§ 8 HePAS)  
(vom Arbeitgeber mit Arbeitnehmer/in auszufüllen)**

Angaben zum Arbeitgeber	Name des Unternehmens/ der Dienststelle:		Unternehmenssitz (Eintragung Handelsregister):	
	Anschrift des Unternehmens / der Dienststelle (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer):			
	Betriebsnummer (bitte angeben) :		Inklusionsbetrieb: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Pflicht zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen - Beschäftigungspflichtig gemäß § 154 SGB IX: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein      ggf. ergänzende Angaben: _____			
	Erfüllung der Beschäftigungsquote ( <b>nur auszufüllen, wenn beschäftigungspflichtig nach 154 SGB IX</b> ): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein      weitere Angaben (z.B. Betrieb unter 60 Arbeitsplätzen): _____			
	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"/> Erbringung von Dienstleistungen/ Einzelhandel	
<input type="checkbox"/> Gastgewerbe, Kunst und Unterhaltung, Erholung, Reinigung		<input type="checkbox"/> Verkehr, Lagerei, Transport		
Bankverbindung:				
IBAN: _____		BIC: _____		
Kreditinstitut: _____				
Kontaktperson bei Rückfragen:		Telefon oder E-Mail Kontaktperson:		

Angaben Arbeitnehmer/in	Name, Vorname der Arbeitnehmerin/ des Arbeitnehmers:		Geburtsdatum:	Geschlecht (m/w/d):
	PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:			
	Behinderungsart (freiwillige Angabe):		Personenkreis (bitte eine Angabe auswählen – Mehrfachnennung möglich):	
	<input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung <input type="checkbox"/> Seelische Behinderung <input type="checkbox"/> Sehbehinderung <input type="checkbox"/> Hörbehinderung		<input type="checkbox"/> Arbeitslos/ arbeitssuchend <input type="checkbox"/> Besonders betroffene schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 155 SGB IX <input type="checkbox"/> Übergang aus einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)/ Budget für Arbeit oder einer Maßnahme der Unterstützten Beschäftigung nach § 55 SGB IX <input type="checkbox"/> Schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 192 SGB IX mit besonderem Unterstützungsbedarf durch Integrationsfachdienste <input type="checkbox"/> Schulabgänger mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die an dem Projekt Berufliche Orientierung Inklusion Hessen (BOM/ZABIB) teilgenommen haben	
	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.

\* GdB (Grad der Behinderung)

Angaben Arbeitnehmer/in und Beschäftigungsverhältnis

Bisherige Beschäftigung (Angaben zur Arbeitslosigkeit/ Arbeitssuche oder der letzten Beschäftigung):

Arbeitslos seit \_\_\_\_\_  Schulabgänger/in Abgangsdatum: \_\_\_\_\_

Arbeitssuchend bzw. ohne sozialversicherungspflichtige Beschäftigung seit: \_\_\_\_\_

Befristet beschäftigt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Unbefristet beschäftigt seit \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Wechsel aus Ausbildung in Beschäftigung zum: \_\_\_\_\_

Wechselgrund aus bisheriger Beschäftigung/Ausbildung: \_\_\_\_\_

Nachfolgende zwei Kriterien nur ausfüllen, wenn zutreffend:

**Übergang aus einer Förderschule oder einer Schule mit sonderpädagogischem Förderbedarf:**

Ja  Nein  Nachweis liegt dem Antrag bei.  Nachweis wird umgehend nachgereicht.

**Schulabgänger mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die an dem Projekt Berufliche Orientierung Inklusion Hessen (BOM/ ZABIB) teilgenommen haben**, im Rahmen dieses Projektes vom Integrationsfachdienst oder vom Berufsbildungswerk begleitet wurden und denen durch die Agentur für Arbeit eine Gleichstellungsbescheinigung nach § 151 Abs. 4 SGB IX für die Dauer der Berufsorientierung ausgestellt wurde

Ja  Nein  Nachweis liegt dem Antrag bei.  Nachweis wird umgehend nachgereicht.

Einstellungszeitpunkt: _____	Zeitraum der Einstellung: <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____	Nachweis (z. B. Einstellungsvertrag): <input type="checkbox"/> Liegt Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird zeitnah nachgereicht.
---------------------------------	--	---

Die Entlohnung des Beschäftigungsverhältnisses erfolgt

nach Tarifvertrag  nach ortsüblicher Entlohnung

weder nach Tarif noch nach ortsüblicher Entlohnung, sondern nach \_\_\_\_\_

Die wöchentliche Arbeitszeit des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin beträgt \_\_\_\_\_ Stunden

Wurden bereits für die Person Leistungen nach dem HePAS durch Ihr Unternehmen bezogen?

Ja  Nein Art der bereits bezogenen Leistung/ Bescheiddatum: \_\_\_\_\_

Bezug vorrangiger / gleichartiger Leistungen - Art der Leistung (z.B. Eingliederungszuschuss; Leistungen nach § 16e oder 16i SGB II):

Nein  Ja, in Form von \_\_\_\_\_

Zeitraum des Bezuges vorrangiger / gleichartiger Leistungen:	Höhe der Leistung:
--	--------------------

Übergang WfbM/UB  
nur ausfüllen bei WfbM/UB-Übergang

**Nur auszufüllen**, wenn ein Übergang aus einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder einer Maßnahme der Unterstützten Beschäftigung (UB) nach § 55 SGB IX erfolgt.

Abgebende Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)/ Abgebender Träger Unterstützte Beschäftigung (UB)

Einstellung erfolgt im Anschluss an eine Beschäftigung **in einer WfbM/ auf einem BiB** - bitte Nachweise beifügen-:

Nein  Ja, Maßnahme durchgeführt bei \_\_\_\_\_

Einstellung erfolgt im Anschluss an eine Maßnahme der **Unterstützten Beschäftigung** (§ 55 SGB IX) - bitte Nachweise beifügen-:

Nein  Ja, Maßnahme durchgeführt bei \_\_\_\_\_

**Hinweise für den Beschäftigungsgeber:**

- Die Auszahlung der Ausbildungsprämie erfolgt in zwei gleichen Raten nach Vorlage des Mittelabrufes. Im Mittelabruf muss die Fortsetzung der Beschäftigung bestätigt werden. Die erste Auszahlung erfolgt nach Ablauf von 6 Beschäftigungsmonaten (frühestens am ersten Tag im 7. Monat), die zweite Auszahlung nach Ablauf von 24 Beschäftigungsmonaten (frühestens am ersten Tag im 25. 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 (Einstellungsbetrieb):

Unterschrift (Arbeitnehmer/in):

---

---

---

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

Ort, Datum: Unterschrift

(Einstellungsbetrieb):

---

---

---

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 Arbeitgeber mitzuteilen:

- Angaben zum Arbeitgeber
- Persönliche Angaben zur Arbeitnehmerin/zum Arbeitnehmer
- Angaben zur bisherigen Beschäftigung der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers und zum aktuellen Beschäftigungsverhältnis
- Angaben bei Übergang aus einer Werkstatt für behinderte Menschen oder aus einer Maßnahmen der Unterstützten Beschäftigung

Die vom Betrieb 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 Art und Schwere der 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](mailto: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](mailto: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](mailto:poststelle@datenschutz.hessen.de)**