

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

Landeswohlfahrtsverband Hessen  
Integrationsamt  
Ständeplatz 6 – 10  
34117 Kassel

**Prämienantrag für Praktika (§ 5 HePAS)**

(vom Praktikumsbetrieb mit der/dem Praktikantin/-en auszufüllen)

Antrag vor Beginn des Praktikums, in Ausnahmefällen innerhalb zwei Wochen nach Beginn des Praktikums

Angaben zum Praktikumsbetrieb	Name des Unternehmens / der Dienststelle:		Unternehmenssitz (Eintragung Handelsregister):		
	Anschrift des Unternehmens / der Dienststelle (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer):			Betriebsnummer (bitte angeben) :	
	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"/> Verkehr, Lagerei, Transport		
Bankverbindung:					
IBAN: _____		BIC: _____			
Kreditinstitut: _____					
Kontaktperson bei Rückfragen:			Telefon oder E-Mail Kontaktperson:		

Angaben Praktikant/in	Name, Vorname der/des Praktikantin/-en:		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) 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.	

## Angaben zum Praktikumsverhältnis

Zeitraum des Praktikums: von _____ bis _____	Die wöchentliche Arbeitszeit während des Praktikums beträgt: _____ Stunden
<u>Nachweis</u> für die Maßnahme (z. B. Praktikumsvertrag): <input type="checkbox"/> Liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird umgehend nachgereicht.	
Die Zustimmung der Arbeitsvermittlung liegt vor ( <b>nur bei arbeitslos gemeldeten Personen</b> ): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<u>Nachweis der Zustimmung</u> : <input type="checkbox"/> Liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird umgehend nachgereicht.
Handelt es sich um ein Praktikum im Rahmen eines Schülerpraktikums innerhalb der Schulpflicht oder um ein Praktikum im Rahmen einer Schul- oder Studienordnung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

### Hinweise für den Praktikumsgeber:

- Sollte das Praktikum länger als acht Wochen andauern, beträgt die Prämie 1.500 Euro. Sie können die Verlängerung des Praktikums formlos beim LWV Hessen Integrationsamt beantragen.
- Die Praktikantin/der Praktikant erhält eine Tätigkeitsbescheinigung, wenn im Anschluss an das Praktikum **keine Übernahme** in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnis durch den Praktikumsgeber erfolgt. In dieser Bescheinigung sind die während des Praktikums erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten zu beschreiben sowie ggf. die Anzahl der Fehltage anzugeben.
- Die Auszahlung der Prämie erfolgt nach Beendigung des Praktikums. Im Falle der Nichtübernahme ist die vorgenannte Tätigkeitsbescheinigung vorzulegen.

### 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 (Praktikumsbetrieb):

\_\_\_\_\_

Unterschrift (Praktikant/-in):

\_\_\_\_\_

---

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

Ort, Datum: Unterschrift

\_\_\_\_\_

(Praktikumsbetrieb):

\_\_\_\_\_

---

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 (Praktikant/-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/ Praktikumsbetrieb
- Persönliche Angaben der/des Praktikantin/-en:

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)**