

**Antrag auf Leistungen**  
**nach dem Hessischen Perspektivprogramm zur Verbesserung**  
**der Arbeitsmarktchancen schwerbehinderter Menschen (HePAS II)**  
 (01.01.2017 – 31.12.2019)

Landeswohlfahrtsverband Hessen  
 Integrationsamt  
 Ständeplatz 6 – 10  
 34117 Kassel

**Antrag auf Ausbildungsprämie (§ 5 HePAS II)**  
 (von Ausbildungsbetrieb mit der/dem Auszubildenden auszufüllen)

Angaben zum Ausbildungsbetrieb	Name des Unternehmens / der Dienststelle:		Unternehmenssitz (Eintragung Handelsregister):		
	Anschrift des Unternehmens / der Dienststelle:			Betriebsnummer (bitte angeben) :	
	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      ggf. ergänzende Angaben: _____				
	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		
<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 Azubi	Name, Vorname der/des Auszubildenden:		Geburtsdatum:		Telefon:	
	PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:					
	Behinderungsart (freiwillige Angabe):		Personenkreis:			
	<input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung <input type="checkbox"/> Seelische Behinderung <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung		<input type="checkbox"/> Besonders betroffene schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 155 SGB IX <input type="checkbox"/> Übergang aus einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) <input type="checkbox"/> Schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 192 SGB IX mit besonderem Unterstützungsbedarf durch Integrationsfachdienste <input type="checkbox"/> Arbeitslos/ arbeitssuchend			
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 der/des Auszubildenden und Ausbildungsverhältnis

Bisherige Beschäftigung (Angaben zur Arbeitslosigkeit/ Arbeitssuche oder der letzten Beschäftigung):	
<input type="checkbox"/> Arbeitslos seit _____	<input type="checkbox"/> Schulabgänger Abgangsdatum: _____
<input type="checkbox"/> Arbeitssuchend bzw. ohne sozialversicherungspflichtige Beschäftigung seit: _____	
<input type="checkbox"/> Befristet beschäftigt vom _____ bis _____ bei _____	
<input type="checkbox"/> Unbefristet beschäftigt seit _____ bei _____	
<input type="checkbox"/> Wechsel aus Ausbildung in Beschäftigung zum: _____	
Wechselgrund bei bisheriger Beschäftigung/Ausbildung: _____	
Übergang aus einer Förderschule oder einer Schule mit sonderpädagogischem Förderbedarf:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nachweis liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Nachweis wird umgehend nachgereicht.	
Ausbildung in folgendem anerkannter Ausbildungsberuf: _____	
Es handelt sich um eine Erstausbildung:	<u>Nachweis</u> für die Maßnahme (z. B. Ausbildungsvertrag):
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird umgehend nachgereicht
Anerkannte Ausbildung gemäß:	
<input type="checkbox"/> BBIG ggf. <input type="checkbox"/> § 66 BBIG oder <input type="checkbox"/> § 42 HWO	
Die Entlohnung des Beschäftigungsverhältnisses erfolgt	
<input type="checkbox"/> nach Tarifvertrag <input type="checkbox"/> nach ortsüblicher Entlohnung	
<input type="checkbox"/> weder nach Tarif noch nach ortsüblicher Entlohnung, sondern nach _____	
Zeitraum der Ausbildung:	Die wöchentliche Arbeitszeit während der Ausbildung beträgt:
von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit mit ____ Stunden <input type="checkbox"/> Teilzeit mit ____ Stunden
<b>Nur auszufüllen, wenn Teilzeitbeschäftigung von weniger als 30 Wochenstunden vorliegt und das nachfolgende Kriterium vorliegt:</b>	
Teilzeitbeschäftigung aufgrund einer Betreuung von Kindern bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name, Vorname des Kindes: _____ geb. am: _____	
Wurden bereits für die Person Leistungen nach dem HePAS durch Ihr Unternehmen bezogen?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art der bereits bezogenen Leistung/ Bescheiddatum: _____	
Bezug vorrangiger / gleichartiger Leistungen - Art der Leistung (z.B. Ausbildungszuschuss nach § 73 SGB III):	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Form von _____	
Zeitraum des Bezuges vorrangiger / gleichartiger Leistungen:	Höhe der Leistung:
_____	_____

Übergang WfbM/UB  
nur auszufüllen 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 <b>in einer WfbM/ auf einem BIB</b> - bitte <u>Nachweise</u> beifügen:-	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Maßnahme durchgeführt bei _____	
Einstellung erfolgt im Anschluss an eine Maßnahme der <b>Unterstützten Beschäftigung</b> (§ 55 SGB IX) - bitte <u>Nachweise</u> beifügen:-	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Maßnahme durchgeführt bei _____	

**Hinweise für den Beschäftigungsgeber:**

- Unter betriebliche Ausbildungen im Rahmen des BBiG fallen auch Ausbildungen nach § 66 BBiG bzw. § 42 Handwerksordnung (HwO).
- Die Auszahlung der Prämie erfolgt in zwei Raten: Die erste Ratenzahlung erfolgt im 7. Monat nach Ausbildungsbeginn, die zweite Rate wird bei Fortbestehen des Ausbildungsverhältnisses im 18. Monat ausgezahlt.

### **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 II überprüfen können, ist es notwendig, im Antragsverfahren folgende Informationen abzufragen und durch den Arbeitgeber mitzuteilen:

- Angaben zum Arbeitgeber
- Persönliche Angaben zum/zur Arbeitnehmer/in
- Angaben zur bisherigen Beschäftigung des/der Arbeitnehmers/in 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)**