

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

Prämienantrag für Praktika (§ 3 HePAS II)
 (vom Praktikumsbetrieb mit der/dem Praktikanten auszufüllen)

Angaben zum Praktikumsbetrieb	Name des Unternehmens / der Dienststelle:		Unternehmenssitz (Eintragung Handelsregister):		
	Anschrift des Unternehmens / der Dienststelle:			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		
	<input type="checkbox"/> Verkehr, Lagerei, Transport				
Ggf. Gesellschafter des Unternehmens:					
Bankverbindung:					
IBAN: _____		BIC: _____			
Kreditinstitut: _____					
Kontaktperson bei Rückfragen:			Telefon oder E-Mail Kontaktperson:		

Angaben Praktikant	Name, Vorname der/des Praktikanten:		Geburtsdatum:		Telefon:	
	PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:					
	Behinderungsart (freiwillige Angabe):		Personenkreis:			
	<input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung		<input type="checkbox"/> Besonders betroffene schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 155 SGB IX			
<input type="checkbox"/> Geistige Behinderung		<input type="checkbox"/> Übergang aus einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)				
<input type="checkbox"/> Seelische Behinderung		<input type="checkbox"/> Schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 192 SGB IX mit besonderem Unterstützungsbedarf durch Integrationsfachdienste				
<input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung		<input type="checkbox"/> Arbeitslos/ arbeitssuchend				
GdB*:	Schwerbehindertenausweis (in Kopie):		Gleichstellung:		Gleichstellungsbescheid (in Kopie):	
_____	<input type="checkbox"/> Liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird nachgereicht.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird nachgereicht.	

* GdB (Grad der Behinderung)

Bisherige Beschäftigung (Angaben zur Arbeitslosigkeit/ Arbeitssuche oder der letzten Beschäftigung):	
<input type="checkbox"/> Arbeitslos seit _____ 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.	
Nachweis der Arbeitslosigkeit: <input type="checkbox"/> Liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird umgehend nachgereicht.	
Zeitraum des Praktika: von _____ bis _____	Die wöchentliche Arbeitszeit während des Praktika 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 maßgeblichen arbeitsrechtlichen Bestimmungen einschließlich des Unfallversicherungsschutzes werden eingehalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Die Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung im Unternehmen erfolgt durch eine Fachkraft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Betreuungsperson im Unternehmen:	Telefon Betreuungsperson:
Die Zustimmung der Arbeitsvermittlung liegt vor (nur bei arbeitslos gemeldeten Personen): <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	
Ersetzen die Aufgaben im Rahmen des Praktikums überwiegend Tätigkeiten, für die i. d. R. Entgelt gezahlt wird? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Gleichen die Aufgaben im Rahmen des Praktikums urlaubs- und / oder krankheitsbedingte Ausfälle oder betriebliche Spitzenbelastungen aus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bezug vorrangiger / gleichartiger Leistungen - Art der Leistung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Form von _____	
Leistungsgewährende Stelle:	Aktenzeichen:
Zeitraum des Bezuges vorrangiger / gleichartiger Leistungen:	Höhe der Leistung:

Hinweise für den Praktikumsgeber:

- Die Praktikanten erhalten eine Tätigkeitsbescheinigung, wenn im Anschluss an das Praktikum **keine Übernahme** in ein versicherungspflichtiges 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 Fehltag 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 (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

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