

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 Prämie für Probebeschäftigung (§ 4 HePAS II)
 (vom Arbeitgeber mit Arbeitnehmer/in auszufüllen)

Angaben zum Arbeitgeber	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:		

Prüfung Bezug vorrangiger Leistungen (* siehe Zielsetzung Probebeschäftigung)

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:

* Ziel der Förderung der Probebeschäftigung nach HePAS II ist es, die Kennenlernphase zwischen Arbeitgeber und der probebeschäftigten Person zu verlängern und damit die Chancen der Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt für die Zielgruppe zu steigern. **Wird die Probebeschäftigung nachweislich durch einen Träger der Arbeitsvermittlung oder einen anderen Rehaträger gefördert, kann das Beschäftigungsverhältnis im Anschluss (vierter bis sechster Probebeschäftigungsmonat) bezuschusst werden!**

Soweit eine Probebeschäftigung nicht bereits durch einen Träger der Arbeitsvermittlung oder durch andere Rehabilitationsträger gefördert wird, ist eine Förderung von insgesamt sechs Monaten möglich, wenn Art oder Schwere der Behinderung dies erfordert und dadurch eine Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann. **Eine Beantragung der vorangigen Leistungen beim Träger der Arbeitsvermittlung oder einem anderen Rehaträger ist notwendig und muss nachgewiesen werden!**

Name, Vorname der/des Arbeitnehmerin/Arbeitnehmers:		Geburtsdatum:		Telefon:	
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer:					
Behinderungsart (freiwillige Angabe): <input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung <input type="checkbox"/> Seelische Behinderung <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung		Personenkreis: <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)					
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.					
Einstellungszeitpunkt:	Zeitraum der Probebeschäftigung: von _____ bis _____		Nachweis (z. B. Einstellungsvertrag): <input type="checkbox"/> Liegt Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird zeitnah nachgereicht.		
Die wöchentliche Arbeitszeit der Probebeschäftigung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin erfolgt in					
<input type="checkbox"/> Vollzeit mit _____ Stunden. <input type="checkbox"/> Teilzeit mit _____ Stunden Nur auszufüllen, wenn Teilzeitbeschäftigung von weniger als 30 Wochenstunden vorliegt und die nachfolgenden Kriterien vorliegen: 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: _____ Teilzeitbeschäftigung aufgrund des Überganges aus der Förderschule/ Schule mit sonderpädagogischem Förderbedarf oder einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Es erfolgt / erfolgte eine Förderung der sozialversicherungspflichtigen Probebeschäftigung durch die Arbeitsvermittlung oder einen anderen Reha-Träger (siehe Angabe Seite 1 unten: Prüfung Bezug vorrangiger Leistungen) :					
<input type="checkbox"/> Ja von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Nein Wenn Nein , bitte fügen Sie einen geeigneter Nachweis (Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid der Arbeitsverwaltung oder eines anderen Reha-Trägers) bei: <input type="checkbox"/> Liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Wird umgehend nachgereicht.					
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 _____					
Wurden bereits Leistungen nach dem HePAS bezogen?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art der bereits bezogenen Leistung/ Bescheiddatum: _____					

Hinweise für den Probebeschäftigungsgeber:

- Die Auszahlung der Prämie erfolgt nach Beendigung der sozialversicherungspflichtigen Probebeschäftigung auf Abruf durch den Arbeitgeber.

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