

# Praxishilfe für Inklusionsbetriebe zur Feststellung des Personenkreises nach § 215 Abs. 2 SGB IX sowie des Personenkreises zur Anrechnung auf die Quote nach § 215 Abs. 4 SGB IX (Stand: 16.03.2023)

Erfüllung der Grundbedingung (A oder B) und Nachweis der Zugehörigkeit zu einer Fallgruppe = förderfähiger Personenkreis ✓

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

<b>Die Beschäftigung im Umfang von weniger als 18 Std. – aber mind. 15 Std. - wöchentlich ist behinderungsbedingt begründet</b> (vgl. ärztliche Bescheinigung)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Grundbedingung	Feststellung der Fallgruppe zum Zeitpunkt der Einstellung	Liegt vor ✓	geeigneter Nachweis ist beigefügt **	Aufgabe von:
<b>A</b>	<b>... nach Art und Schwere der Behinderung</b>			
<b>Schwerbehinderung</b> oder Gleichstellung  dazu  <b>in der Regel arbeitslos **</b>  <small>**Für alle Fallgruppen gilt: Die Zielgruppe ist begrenzt auf schwerbehinderte Menschen ohne reguläre Beschäftigung, d.h. auf arbeitslose Personen oder Personen ohne den Status einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbsarbeit.</small>	<b>1) geistige Behinderung*</b> (mindestens GdB 50)	<input type="checkbox"/>	Zum Beispiel durch:  <input type="checkbox"/> Feststellungsbescheid (soweit der schwerbehinderte Mensch einverstanden ist) <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis mit Merkmalen <input type="checkbox"/> Bescheinigung der vorherigen Institution <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____  <b>**soweit nicht schon vorgelegt</b>	Der <b>Inklusionsbetrieb</b> liefert Nachweise:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgungsamt</li> <li>• Rehaträger</li> <li>• Psych. Einrichtung</li> <li>• Integrationsfachdienst</li> <li>• etc.</li> </ul>
	<b>2) seelische Behinderung*</b> (mindestens GdB 50)	<input type="checkbox"/>		
	<b>3) Körperbehinderung*</b> (Querschnittslähmung, Rollstuhlfahrer innerhalb von Räumen, Hirnschäden, Anfallsleiden, z.T. Verlust von 2-3 Gliedmaßen)	<input type="checkbox"/>		
	<b>4) Mehrfachbehinderung*</b> (2 Behinderungen – mindestens GdB 50 + Vermittlungshemmnis)	<input type="checkbox"/>		
	<b>5) Sinnesbehinderung*</b> (Blindheit, hochgrad. Sehbehinderung, hochgradige Hörbehinderung Nachweis Merkzeichen)	<input type="checkbox"/>		
	<b>6) Sinnesbehinderung*</b> (+ Vermittlungshemmnis)	<input type="checkbox"/>		
	<b>*) Schwere Behinderung, die regelhaft Hilfeleistungen in erheblichem Umfang erfordert (Merkzeichen H) oder Voraussetzungen der §§ 17 (1a) oder 27 SchwbAV liegen vor.</b>			

**Praxishilfe für Inklusionsbetriebe zur Feststellung des Personenkreises nach § 215 Abs. 2 SGB IX sowie des Personenkreises zur Anrechnung auf die Quote nach § 215 Abs. 4 SGB IX (Stand: 16.03.2023)**

Grundbedingung	Feststellung der Fallgruppe zum Zeitpunkt der Einstellung	Liegt vor ✓	geeigneter Nachweis ist beigefügt**	Aufgabe von:	
<p><b>B</b></p> <p><b>Schwerbehinderung</b> oder Gleichstellung (+ Vermittlungshemmnis)</p> <p>dazu</p> <p><b>in der Regel arbeitslos **</b></p> <p>**Für alle Fallgruppen gilt: Die Zielgruppe ist begrenzt auf schwerbehinderte Menschen ohne reguläre Beschäftigung, d.h. auf arbeitslose Personen oder Personen ohne den Status einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbsarbeit.</p>	<b>Umstände einer erschwerten Teilhabe am Arbeitsleben / Vermittlungshemmnisse:</b>		Zum Beispiel durch:	<p>Der <b>Inklusionsbetrieb</b> liefert Nachweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentur für Arbeit</li> <li>• optierender Kommune</li> <li>• Job-Center</li> <li>• Rehaträger</li> <li>• Reha-Einrichtung</li> <li>• WfbM</li> <li>• Abgebender Betrieb bei UB</li> <li>• etc.</li> </ul>	
	<b>a. EGZ-Förderung durch die Arbeitsagentur</b> (§ 187 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX, i.V. mit §§ 73, 90 Abs. 2 SGB III) <b>Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 155 Abs. 1 SGB IX und damit zur Zielgruppe von Inklusionsbetrieben gilt als nachgewiesen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Bescheid über EGZ-Förderung
	<b>b. Übergänger aus WfbM</b> (Eingangsverfahren + Berufsbildungsbereich + Arbeitsbereich) <b>Behinderung ist durch Unfall und/oder Schädigung durch Dritten eingetreten</b> (nur für WfbM-Übergänger / Angabe Ereignis bzw. Schädigers auf gesond. Blatt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Altersnachweis <input type="checkbox"/> Bescheinigung der vorherigen Institution
	<b>c. Übergänger aus der Unterstützten Beschäftigung</b> (bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Bescheinigung Leistungsträger (AA, OK, Job-Center)
	<b>d. Schulabgänger Regel- oder Förderschule</b> (wenn Förderung im Rahmen Job 4000 oder nachgewiesen durch Arbeitsagentur, IFD oder Optionskommune ein Arbeitsplatz nur über die Zwischenstufe Inklusionsbetrieb gefunden werden kann)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Bericht vom Unternehmen <input type="checkbox"/> Kostenzusage
	<b>e. Übergänger aus psychiatrischer Einrichtung oder vergleichbarer beruflicher Reha-Einrichtung*</b> (z.B. Berufliches Trainingszentrum, Reha-Einrichtungen für psychisch Kranke; Personenkreis = Langzeitpatienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Stellungnahme AA, Job-Center, OK, IFD <input type="checkbox"/> Zeugnis
	<b>f. §16e SGB II</b> (Beschäftigungsförderung für langzeitarbeitslose Hilfebedürftige mit mehreren Vermittlungshemmnissen durch Job-Center bzw. optierende Kommunen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<b>g. Langzeitarbeitslosigkeit</b> (>1Jahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>h. Ältere Arbeitslose</b> (>50Jahre alt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>i. Wesentlich verminderte Arbeitsleistung, dadurch erhöhte Aufwendungen</b> (Leistungseinschränkungen, z.B. Flexibilität, Belastbarkeit/ Kommunikations- und/oder Verhaltensstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<b>j. Fehlende berufliche Qualifikation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>k. Notwendigkeit Hilfskraft</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>C</b>	<b>Vorliegen einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung aufgrund einer psychischen Erkrankung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bescheid Rehaträger, dass Behinderung / droh. Behind. aufgrund psych. Erkrankung vorliegt (inkl. Zeitraum)		

Ist die Zugehörigkeit zu einer dieser Zielgruppen nach den obigen Kriterien nicht feststell- bzw. nicht nachweisbar, kann das Integrationsamt den Integrationsfachdienst mit der Überprüfung beauftragen. Bitte setzen Sie sich in diesen Fällen mit dem Integrationsamt in Verbindung.