

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin

Inklusionsamt

Postfach 31 09 29

10639 Berlin



Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen

Leistung für Arbeitgebende

1. Angaben zum Unternehmen/ Behörde

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Beschäftigungsstelle

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Personalleitung/ Handlungsbevollmächtigte Person

Name, Vorname:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Bankverbindung:

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Besteht für Sie eine Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja Nein

Anzahl der Arbeitsplätze im Gesamtunternehmen/ Behörde:

(ohne Auszubildende, geringfügig Beschäftigte und entliehene Beschäftigte)

Anzahl der mit schwerbehinderten/
gleichgestellten Menschen besetzten Arbeitsplätzen:

2. Angaben zur arbeitnehmenden Person

Anrede:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Grad der Behinderung:

Liegt eine Gleichstellung vor? Ja Nein

Rentenversicherungsnummer – Bitte immer angeben:

Die arbeitnehmende Person ist bei Ihnen beschäftigt seit:

Die Arbeitsaufnahme ist geplant zum:

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche beträgt:

Der Arbeitsvertrag ist befristet unbefristet

Besteht ein Anspruch der/ des Beschäftigten auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gegenüber einem Rehabilitationsträger (z.B. Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft usw.)?

Ja, gegenüber:

Nein

unbekannt

3. Allgemeine Angaben zum Antrag

Wurden oder werden für den gleichen Zweck Zuschussmittel bei anderen öffentlichen oder nicht öffentlichen Stellen (z. B. Investitionsbank, einer Stiftung) beantragt?

Ja, bei:

Nein

Es ist folgende Finanzierung geplant:

Angaben zur beantragten Leistung:

(z. B. Ausstattung, Kostenaufstellung, Hinweis auf ältere Förderung)

Ist die Beschaffungsmaßnahme bereits begonnen worden?

Ja

Nein

Wird die Arbeitsplatzausstattung von mehreren Beschäftigten genutzt?

Ja, von:

Nein

4. Datenschutz

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz meinem/meiner Beschäftigten ausgehändigt

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt

Datum

rechtsverbindliche Unterschrift(en)