



Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen gemäß § 15 SchwbAV

Leistung für Arbeitgebende

1. Angaben zum Betrieb/ Behörde

Name: _____

Straße: _____ Nr.: _____

Ort: _____ Plz.: _____

Name der Beschäftigungsstelle: _____

Straße: _____ Nr.: _____

Ort: _____ Plz.: _____

Ansprechperson: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Betriebsnummer: _____

ggf. Bevollmächtigte Person (Originalvollmacht beifügen)

Name: _____

Straße: _____ Nr.: _____

Ort: _____ Plz.: _____

E-Mail: _____

Geschäftskonto bei Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung? Ja Nein

Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätze im Gesamtunternehmen: _____

davon mit schwerbehinderten / gleichgestellten behinderten Menschen besetzt: _____

regelmäßige Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung (Std./Woche): _____

2. Angaben zur arbeitnehmenden Person

 Frau Herr Divers

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

Ort: _____ Plz.: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Grad der Behinderung (GdB): _____

ggf. Gleichstellung vom bzw. beantragt am: _____

Rentenversicherungsnummer - **bitte immer angeben**: _____

 beschäftigt seit: _____ Arbeitsaufnahme geplant zum: _____

Wöchentliche Arbeitszeit: _____ h/ Woche

Arbeitsvertrag: 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 bzw. werden für den gleichen Zweck Zuschussmittel beantragt (z.B. bei der Investitionsbank, einer Stiftung, einer Brauerei usw.)?

Ja, bei: _____ (Nachweis beifügen)

Nein

Geplante Finanzierung: _____

Angaben zur beantragten Leistung:

(Ausstattung, Kostenaufstellung, Maßnahmenbeschreibung, Hinweis auf ältere Förderungen usw.)

Ist die Beschaffungsmaßnahme begonnen worden? Ja Nein

Wird die Arbeitsplatzausstattung von mehreren Beschäftigten genutzt?

Ja, von: _____ Personen Nein

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)