



Antrag auf Gewährung eines Zuschusses für die Einrichtung eines behinderungsgerechten Arbeitsplatzes

Leistung für Arbeitgebende

Hinweis

Das Integrationsamt darf Leistungen nur erbringen, wenn kein vorrangiger Rehabilitationsträger zuständig ist. (§ 185 Abs. 3 und § 6 SGB IX).

Das Integrationsamt ist u.a. zuständig, wenn der schwerbehinderte Mensch verbeamtet ist oder der Antragsgegenstand von mehreren schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Menschen genutzt wird.

1. Angaben zum Betrieb/ Behörde

Name: _____

Straße: _____ Nr.: _____

Ort: _____ Plz.: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Angaben zur Beschäftigungsstelle:

(nur bei Abweichung zur Betriebsanschrift)

Straße: _____ Nr.: _____

Ort: _____ Plz.: _____

Anzahl der Arbeitsplätze im Gesamtunternehmen: _____
(ohne Auszubildende, geringfügig Beschäftigte und entlehene Beschäftigte)

Anzahl der mit schwerbehinderten /
gleichgestellten Menschen besetzten Arbeitsplätze: _____

Das entspricht einer **Pflichtquote** von _____ %

Für Auskünfte steht zur Verfügung:

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Folgende Person(en) ist (sind) zur rechtsgeschäftlichen Vertretung berechtigt:

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail _____

2. Angaben zur arbeitnehmenden Person

Frau

Herr

Divers

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

Ort: _____ Plz.: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Grad der Behinderung (GdB): _____

Wurde ggf. ein Antrag auf (Neu-)Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt?

Ich habe Kenntnis davon

Ich habe keine Kenntnis davon

Wurde ggf. die Gleichstellung bei der Bundesagentur für Arbeit beantragt?

Ich habe Kenntnis davon

Ich habe keine Kenntnis davon

Die Gleichstellung liegt vor

Rentenversicherungsnummer – **Bitte immer angeben:** _____

Beschäftigt seit: _____

Aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____

Der schwerbehinderte / gleichgestellte Mensch ist _____ angestellt _____ verbeamtet

Ist die arbeitnehmende Person (ggf. mehrere) in einem Integrationsprojekt tätig?
(vgl. §§ 215 ff SGB IX)

Ja

Nein

3. Angaben für mehrere Arbeitnehmende / mehrere Arbeitsplätze

- a) Sind mehrere schwerbehinderte / gleichgestellte Arbeitnehmende an dem behinderungsgerecht auszustattenden Arbeitsplatz beschäftigt, tragen Sie die weiteren Angaben bitte auf dem beigefügten weiteren Bogen zu 2. ein.
- b) Sind an dem behinderungsgerecht auszustattenden Arbeitsplatz regelmäßig auch nicht schwerbehinderte / gleichgestellte Arbeitnehmende tätig?

Ja

Nein

- c) Bezieht sich die behinderungsgerechte Ausstattung auf mehrere Arbeitsplätze?

Ja

Nein

4. Antragsgegenstand und Begründung

(ggf. mit Verweis auf die vorherige Bewilligung)

Es wird bestätigt, dass der beantragte Gegenstand noch nicht beschafft und bezahlt wurde.

5. Angaben zum Anspruch auf Erstattung von Umsatzsteuer / Umsatzsteuerbefreiung

Wir sind zum Vorsteuerabzug gem. § 15 Umsatzsteuergesetz berechtigt

Ja

Nein

Wir sind zum teilweisen Vorsteuerabzug berechtigt

Ja, _____ %

Nein

6. Angaben zu bereits erfolgten / beantragten Leistungen

Haben Sie in den vergangenen 5 Jahren bereits finanzielle Leistungen für die arbeitnehmende Person vom Integrationsamt erhalten?

Ja

Nein

Es wird bestätigt, dass für den gleichen Zweck bei anderen öffentlichen und nichtöffentlichen Stellen keine Mittel beantragt wurden / werden.

7. Beigefügte notwendige Unterlagen:

(personenbezogene Unterlagen ggf. im verschlossenen Umschlag)

Kopie des Feststellungsbescheides der Behinderung vom Versorgungsamt und

Kopie des Schwerbehindertenausweises (beidseitig)

ggf. Kopie des Gleichstellungsbescheides (bei GdB 30 - 40)

Kopie des Arbeitsvertrages (mit Änderungen) / der Ernennungsurkunde (Beamte)

Arbeitsplatz- / Tätigkeitsbeschreibung

betriebsärztliches Attest / Gutachten (wenn vorhanden)

Auflistung der benötigten Ausstattung und Kosten

außerdem: _____

8. 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)

Angaben zu einem weiterem schwerbehinderten/ gleichgestellten Beschäftigten

Frau

Herr

Divers

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

Ort: _____ Plz.: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Grad der Behinderung (GdB): _____

Wurde ggf. ein Antrag auf (Neu-)Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt?

Ich habe Kenntnis davon

Ich habe keine Kenntnis davon

Wurde ggf. die Gleichstellung bei der Bundesagentur für Arbeit beantragt?

Ich habe Kenntnis davon

Ich habe keine Kenntnis davon

Die Gleichstellung liegt vor

Rentenversicherungsnummer – Bitte immer angeben: _____

Beschäftigt seit: _____

Aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____

Der schwerbehinderte / gleichgestellte Mensch ist _____ angestellt _____ verbeamtet

Ist die arbeitnehmende Person (ggf. mehrere) in einem Integrationsprojekt tätig?
(vgl. §§ 215 ff SGB IX)

Ja

Nein