



## Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zum Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen durch die Beschäftigung eines schwerbehinderten Menschen 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:

Anzahl der Arbeitsplätze im Gesamtunternehmen/ Behörde:

(ohne Auszubildende, geringfügig Beschäftigte und entliehene Beschäftigte)

Anzahl der mit schwerbehinderten/  
gleichgestellten Menschen besetzten Arbeitsplätzen:

Das entspricht einer Pflichtquote von:

## Angaben zum Tarifvertrag

Besteht eine Tarifbindung:	Ja	Nein
Kann das Arbeitsverhältnis aus tarifrechtlichen Gründen nur noch außerordentlich gekündigt werden?	Ja	Nein

## 2. Angaben zur arbeitnehmenden Person

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Grad der Behinderung:

Ist Ihnen bekannt ob ein Antrag auf (Neu-)Feststellung eine Schwerbehinderung gestellt wurde?

Ja                      Nein

Ist Ihnen bekannt ob ein Antrag auf Gleichstellung bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt wurde?

Ja                      Nein

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

Ja                      Nein

Die arbeitnehmende Person ist bei Ihnen beschäftigt seit:

Wöchentliche Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung  
der/des Beschäftigten in Stunden:

Tatsächliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche der/des Beschäftigten:

### 3. Begründung des Antrages

Ist eine Veränderung gegenüber der vorherigen Bewilligung eingetreten?

Ja

Nein

Antragsbegründung:

Wurde der Arbeitsplatz zur Reduzierung der außergewöhnlichen Belastung behinderungsgerecht ausgestattet?

Ja

Nein

Wurde der/ die Beschäftigte zur Reduzierung der außergewöhnlichen Belastung behinderungsgerecht eingesetzt (z. B. durch eine Umsetzung)?

Ja

Nein

Erfolgt bei der/die Beschäftigte zur Reduzierung der außergewöhnlichen Belastung entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen?

Ja

Nein

Es wurde folgendes zur Reduzierung der außergewöhnlichen Belastung getan:

#### 4. Beantragte/ Bewilligte Mittel

Es wurden/werden für den gleichen Zweck Mittel (z.B. Eingliederungszuschuss von der Bundesagentur für Arbeit) beantragt bei bzw. bewilligt von:  
(Bitte Nachweise beilegen)

Stelle:

Art der beantragten/ bewilligten Mittel:

Stelle:

Art der beantragten/ bewilligten Mittel:

Stelle:

Art der beantragten/ bewilligten Mittel:

Stelle:

Art der beantragten/ bewilligten Mittel:

#### 5. Notwendige Unterlagen

Es wurden folgende Unterlagen dem Antrag beigelegt:  
(Personenbezogene Unterlagen bitte in einem verschlossenen Umschlage beilegen)

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

Tätigkeitsbeschreibung bzw. Einschätzungsbogen

außerdem:

## 6. 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)