

An
Kreis / kreisfreie Stadt

Antrag
auf pauschalieren Zuschuss zur Minderleistung
zur Abgeltung der außergewöhnlicher Belastungen im Rahmen des Budget für Arbeit
nach § 27 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

1. Allgemeine Angaben zum Beschäftigungsbetrieb		
Firmenbezeichnung	Betriebsnummer:	
Straße, Hausnummer	Anschrift des Arbeitsplatzes (wenn abweichend) Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	PLZ, Ort	
Ansprechpartner AG	Telefon (tagsüber erreichbar)	
Bankverbindung (Name der Bank)		Wenn Sie damit einverstanden sind, dass wir uns bei Rückfragen ggf. per E-Mail an Sie wenden, so geben Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse an. E-Mail:
BIC	IBAN	

2. Angaben zum Arbeitsverhältnis		
Beginn d. Beschäftigung ab:	Das Beschäftigungsverhältnis ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____	Art der Tätigkeit
Umfang der Tätigkeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit mit _____ Wochenstunden Vollzeit entspricht _____ Wochenstunden		
Stundenlohn (ab 01.01.2015 Mindestlohn 8,50 €) _____ €/Std.	Das Gehalt ist: <input type="checkbox"/> tariflich, <input type="checkbox"/> ortsüblich, <input type="checkbox"/> frei verhandelt, <input type="checkbox"/> unter Tarif bzw. ortsüblich, <input type="checkbox"/> über Tarif bzw. ortsüblich	
Monatslohn (brutto) Arbeitgeber-Anteil _____ €/mtl. _____ €/mtl.		
Bitte fügen Sie eine Kopie des Arbeits-/Ausbildungsvertrages bei.		

3. Angaben zum Arbeitnehmer / zur Arbeitnehmerin		
Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Rentenversicherungsträger	Sozialversicherungsnr.:	
Bevollmächtigte/r / gesetzl. Vertreter/in / Betreuer/in / Sorgeberechtigte/r (Fügen Sie bitte eine Vollmacht bzw. eine Betreuungsurkunde in Kopie bei.)		
gesetzliche Vertretung/Bevollmächtigung Name, Vorname	Telefon (tagsüber erreichbar)	
Anschrift	E-Mail:	

4. Angaben zum bisherigen Leistungserbringer		
Übergang in den ersten Arbeitsmarkt aus ...	Name der Einrichtung / des Projektes	
<input type="checkbox"/> WfbM Arbeitsbereich		
<input type="checkbox"/> Beschäftigungsprojekt		
<input type="checkbox"/> Sonstiges bitte eintragen		
Name und Anschrift des Trägers		

6. Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung – Integrationsamt - auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch die **Mitwirkungspflicht** des Leistungsberechtigten gesetzlich festgelegt. Wer Sozialleistungen beantragt, hat u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage im erforderlichen Umfang gespeichert. Die Rechtsgrundlagen zur **Datenerhebung und -speicherung** finden sich in den §§ 67a und 67c SGB X.

7. Bestätigung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde.

8. Unterschrift des Arbeitgebers



Ort, Datum


Unterschrift

X

Von der Arbeitnehmerin/dem Arbeitnehmer auszufüllen:

1. Status der Schwerbehinderung	
Behinderung ist anerkannt: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit einem Grad der Behinderung (GdB) von _____ Gleichstellung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> zugesichert <input type="checkbox"/> beantragt bei <input type="checkbox"/> _____	Der Schwerbehindertenausweis ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____
<p>Fügen Sie bitte eine Kopie des Feststellungsbescheides sowie des Schwerbehindertenausweises bei. Im Falle der Gleichstellung fügen Sie zusätzlich bitte den Gleichstellungsbescheid / Bescheid der Zusicherung der Bundesagentur für Arbeit in Kopie bei.</p>	
Die Behinderung ist ab Geburt <input type="checkbox"/> , erworben <input type="checkbox"/> , als Berufserkrankung anerkannt <input type="checkbox"/> , Folge eines Unfalls <input type="checkbox"/> Wenn Unfallfolge: : <input type="checkbox"/> privat, <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, <input type="checkbox"/> Wegeunfall Fremdverschuldet: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

2. Entbindung von der Schweigepflicht	
<p>Im Falle einer gewünschten Anforderung des Feststellungsbescheides durch das Integrationsamt vom <u>schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen</u> zu unterschreiben: Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Integrationsamt Schleswig-Holstein oder die örtliche Fürsorgestelle bei der zuständigen Behörde eine Kopie meines Feststellungsbescheides anfordert und diese dann zur weiteren Bearbeitung des Antrages in der Akte verbleibt.</p>	
(sofern bekannt, bitte folgendes angeben:) Name und Anschrift der Behörde	Aktenzeichen
<p>Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann</p>	
Unterschrift 	ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter 

3. Hinweise zum Datenschutz	
Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage im erforderlichen Umfang gespeichert. Die Rechtsgrundlagen zur Datenerhebung und -speicherung finden sich in den §§ 67a und 67c SGB X. Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Integrationsamt Schleswig-Holstein meine im Antrag des Arbeitgebers erfragten Daten speichert.	
Unterschrift 	ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter 