

Antragsteller (Name und Anschrift des Arbeitgebers)	Ansprechpartner/in beim Arbeitgeber	
	Telefon	Fax
	E-Mail	

**Fragebogen / Antrag
auf Leistungen nach der
Schwerbehinderten-
Ausgleichsabgabeverordnung
(SchwbAV)**

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Leistungen an Arbeitgeber zur Schaffung neuer Arbeits- und Ausbildungsplätze (§ 15 SchwbAV)

Neueinstellung Umsetzung

1. Allgemeine Angaben

Aktenzeichen des Integrationsamtes		Betriebsnummer	
Bei dem Ort der beantragten Maßnahme handelt es sich um einen <input type="checkbox"/> Hauptbetrieb <input type="checkbox"/> selbständigen Nebenbetrieb <input type="checkbox"/> unselbständigen Nebenbetrieb			
Anschrift der beantragten Maßnahme, falls abweichend von oben			
Bankver- bindung	Name/Sitz der Bank		
	Kontoinhaber/in		
	IBAN (Internat. Bank Account Number, Internat. Bankkontonummer) bzw. Konto-Nr.		
	BIC (Bank-Identifizierungs-Code) bzw. Bankleitzahl		
Arbeitgeber Steuernummer		Besteht allgemein oder für das geplante Vorhaben Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UstG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zuständiges Finanzamt des Arbeitgebers			
Beschäftigte		Anzahl der aktuell im Betrieb Beschäftigten	
		davon schwerbehindert/gleichgestellt	
Die aktuell im Unternehmen erreichte Pflichtquote beträgt %		Die Pflichtquote wird erreicht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Schwerbehindertenvertreter/in		Name, Vorname	
		Telefon	E-Mail
Betriebs- bzw. Personalrat		Name, Vorname	
		Telefon	E-Mail
Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Datum
			am
Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt bei (Name und Anschrift der betreffenden Stelle/AZ)			

2. Angaben zur/zum betreffende/n Arbeitnehmer/in

Name, Vorname		Geburtsdatum						
Anschritt/ Telefon	Straße, Hausnummer		Telefon					
	PLZ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							Wohnort
Der/die betreffende Arbeitnehmer/in ist <input type="checkbox"/> gleichgestellt <input type="checkbox"/> anerkannt schwerbehindert			Grad der anerkannten Behinderung (GdB)					
Antrag gestellt am		Antrag gestellt bei						
Der/die betreffende Arbeitnehmer/in bezieht eine Rente <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja beantragt am:			Datum					
Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)			Rentenart					
Der/die betreffende Arbeitnehmer/in ist <input type="checkbox"/> rentenversichert Anschrift der Rentenversicherung			Versicherungsnummer					
Der/die betreffende Arbeitnehmer/in ist <input type="checkbox"/> krankenversichert Anschrift der Krankenversicherung			Versicherungsnummer					
zuständige Berufsgenossenschaft								

2.1 Einstellung auf einen neu zu schaffenden/geschaffenen Arbeitsplatz

(beabsichtigtes) Einstellungsdatum		Datum	wöchentliche Arbeitszeit (Std.)	
Die neue Tätigkeit ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet		von	bis	
erlernter Beruf des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin				
(vorgesehene) Tätigkeit als (Stellenbezeichnung)				
Der/Die betroffene Arbeitnehmer/in ist/wird bei uns beschäftigt als bitte angeben				
<input type="checkbox"/> Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> Arbeiter/in	<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Beamtin/er	<input type="checkbox"/>
Der/die Arbeitnehmer/in wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet <input type="checkbox"/> ja, auf			Plätze	<input type="checkbox"/> nein

2.2 Umsetzung auf einen neu zu schaffenden/geschaffenen Arbeitsplatz

Die Betriebszugehörigkeit besteht seit		Datum	erlernter Beruf des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin	
(beabsichtigtes) Datum der Umsetzung		Datum		
bisherige Tätigkeit als (Stellenbezeichnung)			bisherige wöchentliche Arbeitszeit (Std.)	
neue Tätigkeit als (Stellenbezeichnung)			neue wöchentliche Arbeitszeit (Std.)	
Die neue Tätigkeit ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet		von	bis	

Begründung der Umsetzung

Der/Die betroffene Arbeitnehmer/in ist/wird bei uns beschäftigt als

bitte angeben

Auszubildende/r Arbeiter/in Angestellte/r Beamtin/er

Der/die Arbeitnehmer/in wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet ja, auf

Plätze

nein

3. Angaben zur beantragten Leistung

zu erfüllende Haupt-Arbeitsaufgaben am neuen Arbeitsplatz - Arbeitsplatzbeschreibung (*Art und prozentualer Anteil*)

beantragt werden dafür folgende allgemeine/nicht behinderungsspezifische Ausstattungsgegenstände

außerdem folgende rein behinderungsbedingte (Zusatz-) Ausstattungsgegenstände

Die Gesamtkosten betragen rd.	Euro	davon rein behinderungsbedingte Kosten rd.	Euro
geplante Finanzierung			
Wird der neu zu schaffende Arbeitsplatz von mehreren Arbeitnehmern genutzt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von	Anzahl Arbeitnehmer davon schwerbehinderte AN (Anzahl)
Für den/die betreffende/n gleichgestellte/n schwerbehinderte/n Arbeitnehmer/in werden Eingliederungshilfen oder andere Leistungen (Projektmittel, Arbeitsmarktprogramme, etc.) gezahlt.			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> ja	am (Datum)
Name/Adresse/AZ der leistenden Stelle	von	Zeitraum bis	Art der Leistung

Sonstige Hinweise/Angaben/Anmerkungen

Ich versichere, die Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, jede Änderung der in diesem Antrag enthaltenen Angaben zum/zur betreffenden Arbeitnehmer/in unverzüglich mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, falls deren Gewährung aufgrund falscher oder unvollständiger Angaben erfolgte.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Antragstellers

Kenntnisnahme durch die Schwerbehindertenvertretung:

Ort, Datum

Unterschrift

Kenntnisnahme durch den Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung:

Ort, Datum

Unterschrift