

Fragebogen / Antrag des gleichgestellten / schwerbehinderten Menschen auf Leistungen nach der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Leistungen der Begleitenden Hilfe

1. Persönliche Angaben						
Aktenzeichen des Integrationsamtes						
Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand				
Telefon	Fax					
E-Mail						
Privat- anschrift	Straße, Hausnummer					
	PLZ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>					Wohnort
Bankver- bindung	Name/Sitz der Bank <table border="1" style="width: 100%; height: 25px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px dashed black;"></td></tr></table>					
	Kontoinhaber/in <table border="1" style="width: 100%; height: 25px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px dashed black;"></td></tr></table>					
IBAN (Internat. Bank Account Number, Internat. Bankkontonummer) bzw. Konto-Nr. <table border="1" style="width: 100%; height: 25px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px dashed black;"></td></tr></table>						
BIC (Bank-Identifizierungs-Code) bzw. Bankleitzahl <table border="1" style="width: 100%; height: 25px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px dashed black;"></td></tr></table>						
Ich bin krankenversichert bei (Name und Anschrift der Krankenkasse)						
Versicherungsnummer der Krankenkasse						
Ich bin rentenversichert bei (Name und Anschrift der Rentenversicherung)						
Versicherungsnummer der Rentenversicherung						
Ich beziehe eine Rente		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> beantragt am		
		Datum		Rentenart		
Leistungsträger der Rente (Anschrift/Aktenzeichen)						

2. Allgemeine Angaben zur Behinderung

<input type="checkbox"/> Ich bin schwerbehindert.	<input type="checkbox"/> Ich bin gleichgestellt.	Grad der anerkannten Behinderung (GdB)
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Antrag gestellt		Datum

Antrag gestellt bei

Ursache der Behinderung

Arbeitsunfall
 Unfall durch Fremdverschulden
 angeboren
 bitte angeben _____

Berufskrankheit
 Krankheit

Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:
 Name/Anschrift

3. Angaben zum Beruf

Ich bin

Arbeiter/in
 Angestellte/r
 Beamtin/er
 bitte angeben (z. B. Rentner/in, Umschüler/in, arbeitslos) _____

derzeitiger Arbeitgeber (Name, Anschrift, PLZ, Ort)

beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit	Datum	Wochenarbeitszeit	Stunden
insgesamt berufstätig	seit	Datum	
erlernter Beruf		derzeitig ausgeübte Tätigkeit	

beabsichtigte Arbeitsaufnahme	ab	Datum	als
Arbeitgeber			Ansprechpartner beim Arbeitgeber (Name)

<input type="checkbox"/> Ich bin Selbständige/r	als	seit (Datum)
<input type="checkbox"/> Ich beabsichtige eine Selbständigkeit zu gründen	als	ab (Datum)

Firmensitz der bestehenden / beabsichtigten Selbständigkeit (Name, Anschrift, PLZ, Ort)

Telefon	Betriebsnummer
---------	----------------

zuständige Berufsgenossenschaft

4. Angaben zur beantragten Leistung

Arbeitsplatzbeschreibung (Art und prozentualer Anteil der zu erfüllenden Hauptarbeitsaufgaben)

Folgende allgemeine Leistungen werden beantragt:

Außerdem werden folgende rein behinderungsbedingte (Zusatz-) Gegenstände/Leistungen beantragt:

Begründung

Die Gesamtkosten betragen rd.

Euro

davon rein behinderungsbedingte Kosten rd.

Euro

geplante Finanzierung

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt?

nein

ja, am

bei (Name/Anschrift der betreffenden Stelle/Aktenzeichen)

Ich versichere, die Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, jede Änderung in den in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen. Diese Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge auf Gewährung von Renten o.ä. Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrages gestellt werden.

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