

<b>Antragsteller</b> (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 zur behindertengerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen  
(§ 26 SchwbAV)**

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 (z. B. Eingliederungshilfen)? <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	
Anschrift/ Telefon	Straße, Hausnummer		Telefon
	PLZ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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	
Der/die betreffende Arbeitnehmer/in ist <input type="checkbox"/> krankenversichert		Anschrift der Krankenversicherung	
Versicherungsnummer		Versicherungsnummer	
zuständige Berufsgenossenschaft			
<input type="checkbox"/> Der/Die Arbeitnehmer/in ist bei uns beschäftigt seit		Datum	wöchentliche Arbeitszeit (Std.)
als <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/er <input type="checkbox"/>		bitte angeben	
(vorgesehene) Tätigkeit als (Stellenbezeichnung)			
erlernter Beruf des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin			
Die Beschäftigung ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet		Zeitraum der Befristung	
von		bis	Plätze
Der/die Arbeitnehmer/in wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet <input type="checkbox"/> ja, auf		<input type="checkbox"/> nein	

## 3. Angaben zur beantragten Leistung

Zu erfüllende Hauptarbeitsaufgaben am Arbeitsplatz (Art und prozentualer Anteil)

Beantragt werden dafür folgende behinderungsspezifische Ausstattungsgegenstände

Die Gesamtkosten betragen rd.  Euro davon rein behinderungsbedingte Kosten rd.  Euro

geplante Finanzierung

Wird der betreffende Arbeitsplatz von mehreren Arbeitnehmern genutzt?  nein  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.

nein  beantragt  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