

Datum

ANTRAG AUF FINANZIELLE HILFE AUS MITTELN DER AUSGLEICHSSABGABE

Angaben zum Arbeitgeber

Firmenname, Anschrift, Telefon (Ortsnetz/Ruf-Nr.)	
Beschäftigte insgesamt	Zahl der schwerbehinderten Menschen
Inklusionsbeauftragte/r des Arbeitgebers (Name)	
Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung (Name und Telefonnummer Festnetz und/oder mobil sowie E-Mail-Adresse)	
Schwerbehindertenvertretung (Name und Telefonnummer Festnetz und/oder mobil sowie E-Mail-Adresse)	
Zuständige Kontaktperson (Name und Telefonnummer Festnetz und/oder mobil sowie E-Mail-Adresse)	
Bankverbindung bei (Bank, Sparkasse etc.)	
IBAN	BIC

Angaben zur Person des schwerbehinderten Menschen

► bei mehreren Betroffenen, bitte Liste beifügen.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Firmenzugehörigkeit seit
Anschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Grad der Behinderung (GdB)		
Merkzeichen a.d. Ausweis (z.B. aG, H, G, Bl)		

Weitere erforderliche Angaben des schwerbehinderten Menschen

Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatzausstattung (Technische Hilfsmittel) bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatzausstattung (Technische Hilfsmittel) bei der Agentur für Arbeit gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat in den letzten 6 Monaten eine Reha-Maßnahme stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja, Zeitraum:	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zum Arbeitsplatz

Was wird beantragt?

Schaffung eines neuen Arbeitsplatzes/Ausbildungsplatzes (Einstellung)

Versetzung auf einen anderen Arbeitsplatz

bisherige Tätigkeit	künftige Tätigkeit
---------------------	--------------------

Umbau der Arbeitsstätte

Technische Hilfsmittel

Adresse des Beschäftigungsortes - falls abweichend

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen bei:

Kopie des aktuellen **Schwerbehindertenausweises** (oder des Gleichstellungsbescheides), Kopie des **Arbeitsvertrages**, Stellenbeschreibung (soweit vorhanden), Angebote für die beantragten Gegenstände bzw. die Baumaßnahme (inklusive Bauzeichnung), Kopie des Feststellungsbescheides - sofern vorliegend

Sofern Ihnen der Feststellungsbescheid nicht vorliegt, bitten sie den betreffenden schwerbehinderten Menschen, den vollständigen Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes direkt dem LVR-Inklusionsamt (unter Angabe des Aktenzeichens) zukommen zu lassen.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich bestätige, dass mir die geltenden Regelungen des Mindestlohngesetzes (MILoG) bekannt sind und auf das Beschäftigungsverhältnis mit der*dem im Antrag genannten Mitarbeiter*in angewandt wird.

Unterschrift, Firmenstempel	Vorsteuerabzugsberechtigt
	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein