

Datum

ANTRAG AUF FINANZIELLE HILFE AUS MITTELN DER AUSGLEICHSSABGABE

Angaben zur Person des schwerbehinderten Menschen

| | | |
|--|-----------------|--------------|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | |
| Telefonnummer (Festnetz und/oder mobil sowie E-Mail-Adresse) | | |
| Beruf | beschäftigt als | seit |
| Bankverbindung bei (Bank, Sparkasse, etc.) | | |
| IBAN | BIC | |

Angaben zum Arbeitgeber

| |
|--|
| Firmenname, Anschrift, Telefon (Ortsnetz, Ruf-Nr.) |
|--|

Angaben zur Behinderung

| |
|---|
| Grad der Behinderung (GdB) |
| Art der Behinderung |
| Merkzeichen a.d. Ausweis (z.B. H.G, aG, Bl) |

Was wird beantragt?

- Arbeitsassistenz
- Fortbildung
- Technische Hilfsmittel

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen bei:

Kopie des aktuellen **Schwerbehindertenausweises** (oder des Gleichstellungsbescheides), **Kopie des vollständigen Feststellungsbescheides**, Kopie des **Arbeitsvertrages**, Stellenbeschreibung (soweit vorhanden), Angebote für die beantragte Maßnahme,

In welcher Weise soll die beantragte Hilfe die Situation hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben verbessern?

| |
|--|
| |
|--|

Unterschrift

| |
|--|
| |
|--|