

Eingangsdatum:
Aktenzeichen der örtlichen Fürsorgestelle: 50.429-04/1

Antrag auf finanzielle Hilfe aus Mitteln der Ausgleichsabgabe

Angaben zum Arbeitgeber

Name, Anschrift, Tel./Fax		Betriebsnummer
Beschäftigte insgesamt		Zahl der Schwerbehinderten
Beauftragte/r des Arbeitgebers (Name, Tel.)		Betriebs-/Personalratsvorsitzende/r (Name, Tel.)
Schwerbehindertenvertretung (Name, Tel.)		zuständige Kontaktperson (Name, Tel.)
Bankverbindung bei (Bank, Sparkasse, etc.)	IBAN	BIC

Angaben zur Person der/des Schwerbehinderten

Name, Vorname, Anschrift	Geburtsdatum	Firmenzugehörigkeit seit
--------------------------	--------------	--------------------------

Angabe zur Behinderung

Grad der Behinderung (GdB)	Merkzeichen aus dem Ausweis (z.B. H, G, aG, B)
----------------------------	------------------------------------------------

Bitte veranlassen Sie Ihre/n schwerbehinderte/n Arbeitnehmer/in, den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes direkt der örtlichen Fürsorgestelle/dem Integrationsamt zukommen zu lassen.

Weitere erforderliche Angaben des schwerbehinderten / gleichgestellten Menschen

Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatzgestaltung (Technische Hilfsmittel) bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatzgestaltung (Technische Hilfsmittel) bei der Agentur für Arbeit gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatzgestaltung (Technische Hilfsmittel) bei einem anderen Leistungsträger (z.B. BG etc.) gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehen sonstige Ansprüche gegenüber einer Berufsgenossenschaft oder einem anderem gesetzlichen Versicherungsträger?	<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
Wird eine volle oder teilweise Erwerbsminderungs- / Arbeitsunfähigkeits- / Berufsunfähigkeitsrente oder ähnliche Rente bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zum Arbeitsplatz

bisherige Tätigkeit

künftige Tätigkeit

Auswirkung der Behinderung am derzeitigen Arbeitsplatz

Änderungsvorschlag mit Begründung

Prospekt, Angebot, Kostenaufstellung, Bauzeichnung etc. als Anlage beifügen

Unterschrift, Firmenstempel

vorsteuerabzugsberechtigt

ja

nein