



Körperschaft des öffentlichen Rechts
Höherer Kommunalverband

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:

Nur ein vollständig ausgefüllter und unterschriebener Antrag kann bearbeitet werden.

Aktenzeichen (bitte stets angeben, soweit bekannt)

Antrag auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach dem Schwerbehindertenrecht des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Schwerbehinderten-Ausgleichsverordnung (SchwbAV)

- Kostenübernahme für die Durchführung eines Jobcoachings (§ 185 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 1f und Nr. 3 SGB IX i. V. m. § 25 SchwbAV)**

persönliche Angaben zum schwerbehinderten/gleichgestellten behinderten Menschen

Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum	Telefon (dienstlich)
Anschrift			
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderteneigenschaft	Grad der Behinderung		
<input type="checkbox"/> Gleichstellung			
Bestehen auf Grund der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en Ansprüche gegen Dritte?			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, gegen			
Gesetzlicher Betreuer			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)			
Fügen Sie bitte eine Kopie des Ausweises für schwerbehinderte Menschen, des Gleichstellungsbescheides oder der Antragseingangsbestätigung zum Anerkennungsverfahren bei.			

Angaben zur beantragten Förderung

Sollte der im Formular vorgesehene Platz nicht ausreichen, führen Sie Ihre Ausführungen bitte auf einem neutralen Blatt fort.

Angaben zur beruflichen Situation

Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> als Arbeiter <input type="checkbox"/> als Angestellte <input type="checkbox"/> als Beamter <input type="checkbox"/> im Hinzuverdienst <input type="checkbox"/> sonstiges		
Betriebszugehörigkeit seit	ausgeübte Tätigkeit	seit
durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	Arbeitstage pro Woche	erlernte/r Beruf/e
Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____		

Angaben zur beruflichen Situation bei Selbstständigkeit

Name des Unternehmens	Unternehmen gegründet am	tätig als
durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	Arbeitstage pro Woche	erlernte/r Beruf/e

Angaben zum Arbeitgeber/Unternehmen

Name und Anschrift des Betriebes/ Betriebsteiles	
ggf. Name des Hauptbetriebes	
Ansprechpartner beim Arbeitgeber, Telefon	
Schwerbehindertenvertretung, Telefon	
Betriebs-/Personalratsvorsitzender, Telefon	
das bestehende Arbeitsverhältnis wurde/ soll durch Eigenkündigung gelöst werden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte im Anschluss die Gründe benennen) <input type="checkbox"/> beabsichtigt (bitte im Anschluss die Gründe nennen)

Angaben zur beantragten Förderung (immer auszufüllen)

Beschreiben/Erläutern Sie die Gründe, weshalb ein Jobcoaching (im Zusammenhang zwischen der Art Ihrer Behinderung und Ihrem Arbeitsverhältnis) durchgeführt werden soll:

⇒ ggf. Fortsetzung auf neutralem Blatt

Erklärung

Sind von dritter Seite für denselben Zweck Leistungen vorgesehen, beantragt, bewilligt oder erbracht worden (z. B. im Rahmen von Förderprogrammen der Europäischen Union und der Wirtschaftsförderung, des Bundes, des Landes Sachsen, der Kommunen, der Sächsischen Aufbaubank, der Agentur für Arbeit usw. zur Unterstützung von Existenzgründungen, im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Hilfen, ...)

nein

ja, für

Besteht bereits Kontakt mit dem Integrationsfachdienst und wenn ja, mit welchem Fachberater?

ja, mit _____

nein

Ich/Wir versichere(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag und in den Antragsunterlagen gemachten Angaben. Es ist mir/uns bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung durch vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte unrichtige Angaben erwirkt worden ist.

Ich bin mit der Weitergabe einer Kopie der Entscheidung an den Arbeitgeber und mit der Unterrichtung der Schwerbehindertenvertretung sowie ggf. der zuständigen Agentur für Arbeit einverstanden.

Hinweis zum Datenschutz

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Auskünfte und Unterlagen, die das Integrationsamt im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX erhält, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an einen anderen Leistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung des Integrationsamtes oder des anderen Leistungsträgers erforderlich ist (§ 69 Abs. 1, § 76 Abs. 2 Nr. 1 Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X)).
- ich dieser Datenübermittlung jederzeit widersprechen kann.
- die Daten elektronisch gespeichert werden.
- Dem Antrag ist ergänzend ein Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigefügt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Achtung!**Nachstehende Unterlagen (umseitig) sind beizufügen:****Anlagen:**

- Anlage "Erklärung des schwerbehinderten Menschen"
- Kopie des Schwerbehindertenausweises / Gleichstellungsbescheides der Agentur für Arbeit
- Kopie des Feststellungsbescheides zur Art der anerkannten Behinderung und des Grades der Behinderung, ggf. zu Merkzeichen
- Kopie des Arbeitsvertrages bzw. die Ernennungsurkunde in das Beamtenverhältnis
- sofern vorhanden: Kopie der Gewerbeanmeldung/Betriebserlaubnis sowie des letzten Steuerbescheides
- Arbeitsplatz-/Stellenbeschreibung
- als Anlage beigefügte Formulare (ausgefüllt und unterschrieben)
- außerdem:

Wichtiger Hinweis:

Bitte warten Sie mit der Auslösung einer verbindlichen Beauftragung eines Jobcoaches ab, bis Ihnen das Integrationsamt die Förderung bewilligt hat. Andernfalls sind finanzielle Leistungen grundsätzlich ausgeschlossen.

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, der Leistungen beantragt:

Name, Vorname	geb. am:
---------------	----------

ERKLÄRUNG DES SCHWERBEHINDERTEN ARBEITNEHMERS

1. Ich beziehe

- keine Rente
- keine Rente, habe aber einen Antrag gestellt
- Rente
 - teilweise Erwerbsminderungsrente
 - volle Erwerbsminderungsrente Erwerbsunfähigkeit
 - wegen der Folgen eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls.

Die Rente wird gezahlt von der

- Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland / Bund _____
 - Berufsgenossenschaft _____
- unter dem Aktenzeichen: _____

2. Ich habe bei _____ (Rententräger, Agentur für Arbeit, ...)

- medizinische Reha-Maßnahmen beantragt / erhalten am _____
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt / erhalten am _____

3. Nur bei Schädigung durch Dritte:

Ein Anspruch auf Schadenersatzleistungen gegenüber Dritten (evtl. auch Versicherungsleistungen) wegen evtl. Unfallfolgen besteht

- nicht
- gegenüber _____

4. Einwilligung zur Offenbarung personenbezogener Daten (Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht)

Ich bin damit einverstanden, dass das Integrationsamt alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes und alle für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen, insbesondere Berichte von Ärzten und Behandlungsstätten sowie Akten und Gutachten von Versicherungsträgern, Versorgungsbehörden, Arbeitsagenturen und sonstigen Stellen einholt.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass diese Unterlagen im Falle eines Erstattungsstreits, den das Integrationsamt wegen der für mich erbrachten Leistungen führen muss, dem zuständigen Leistungsträger bzw. Gericht vorgelegt werden, soweit dies für die Begründung des Anspruchs erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage zum Antrag

Aktenzeichen:

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, der Leistungen beantragt:

Name, Vorname	geb. am:
---------------	----------

ERKLÄRUNG DES ARBEITGEBERS

Ich/Wir wurde/n über die Antragstellung in Kenntnis gesetzt. Das Einverständnis zur Anwesenheit eines betriebsfremden Jobcoaches im Betrieb/ in der Dienststelle

- wird erteilt
- wird nicht erteilt

Ort, Datum	Name/Unterschrift	Stempel des Arbeitgebers
------------	-------------------	--------------------------

Folgende Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung [DSGVO]) mitzuteilen:

1. **Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen**

Die zuständige Stelle für die Verarbeitung der Daten im Rahmen des Verfahrens nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX) und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 DSGVO ist folgende Stelle:

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Fachbereich 3
Reichsstraße 3
09112 Chemnitz

2. **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter
Kommunaler Sozialverband Sachsen
Humboldtstraße 18
04105 Leipzig
Telefon: 0341 1266 0
E-Mail: datenschutzbeauftragter@ksv-sachsen.de

3. **Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist erforderlich, um über den Antrag auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben, gegebenenfalls den Antrag Ihres Arbeitgebers, entscheiden zu können (§ 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 e DSGVO in Verbindung mit § 185 SGB IX und der Schwerbehindertenausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) sowie

- § 196 SGB IX bei finanziellen Leistungen an Träger von Integrationsfachdiensten,
- § 217 SGB IX bei finanziellen Leistungen an Träger von Inklusionsbetrieben.

4. **Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten**

Ihre personenbezogenen Daten werden im Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht verarbeitet und an Dritte übermittelt, soweit dies für die Erfüllung des Auftrags, welcher sich aus der Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ergibt, zulässig und erforderlich ist (vgl. § 67b Abs. 1 SGB X).

Auskünfte und Unterlagen, gegebenenfalls auch Gesundheitsdaten, die die Behörde im Zusammenhang mit dem Verfahren erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Der Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann jederzeit widersprochen werden.

Im Widerspruchsverfahren werden die personenbezogenen Daten an die Mitglieder des Widerspruchsausschusses beim Integrationsamt des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen weitergeleitet (vgl. §§ 186, 202 SGB IX).

5. **Quelle der personenbezogenen Daten**

Soweit dies für die Erfüllung des Auftrags, welcher sich aus der Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ergibt, zulässig und erforderlich ist, werden personenbezogene Daten auch von Dritten erhoben. Gesundheitsdaten werden, soweit erforderlich, entsprechend der vorliegenden Einwilligungserklärung beigezogen.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Es ist nicht vorgesehen, Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln.

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Erfüllung des Auftrags, welcher sich aus der Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ergibt, erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt regelmäßig die Löschung der Daten.

8. Betroffenenrechte

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO). Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Verantwortliche, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den unter 2. benannten Datenschutzbeauftragten.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

10. Beschwerderecht

Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der folgenden datenschutzrechtlich zuständigen Aufsichtsbehörde nach Art. 51 DSGVO zu:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter
Postfach 11 01 32
01330 Dresden
Telefon: 0351/85471 101
Telefax: 0351/85471 109
Email: saechsdsb@slt.sachsen.de

11. Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach § 60 SGB I alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen, kann über den Antrag, gegebenenfalls den Antrag Ihres Arbeitgebers, nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden.

12. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.