

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig**Hinweis:**Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag
kann bearbeitet werden.

Aktenzeichen (bitte stets angeben, soweit bekannt)

Antragsformular für Inklusionsbetriebe

Name und Anschrift des Inklusionsbetriebes	Ansprechpartner
	Telefon / Fax
	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)
	Betriebsnummer der Agentur für Arbeit

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

- Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen des Arbeitgebers**
(§ 185 SGB IX i. V. m. § 27 SchwbAV) – Pauschale I
- Abgeltung des besonderen Aufwandes**
(§ 217 SGB IX i. V. m. § 28a SchwbAV) – Pauschale II

Gemäß Bewilligungsbescheid vom _____ endet der Bewilligungszeitraum am
_____.Wir beantragen die Weiterbewilligung der o.g. Leistungen für die in der Anlage zum Folgeantrag
aufgeführten schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer.

Angaben zum Inklusionsbetrieb:

	Insgesamt	ggf. im Zweigbetrieb
Gesamtzahl der Arbeitsplätze (ohne Auszubildende) im Antragsmonat		
davon z. Z. mit schwerbehinderten/ gleichgestellten behinderten Arbeitnehmern und Auszubildenden belegte Arbeitsplätze einschl. Mehrfachanrechnung		

Werden den schwerbehinderten und gleichgestellten Menschen im Inklusionsbetrieb Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten? ja nein

wenn ja, kurze Beschreibung der Maßnahmen

Wir versichern, dass gegenüber dem Antrag vom _____

- keine
- ausschließlich folgend genannte (ggf. weiter auf gesondertem Blatt)
Änderungen eingetreten sind.*

*Änderungen bezüglich der schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer sind in der Anlage zum Folgeantrag anzugeben.

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 schwerbehinderten/ gleichgestellten behinderten Arbeitnehmer und mit einer 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 sind ergänzend 3 Informationsblätter zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigefügt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen und versichere die Weiterleitung an den betroffenen schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer sowie an die personelle Unterstützungskraft.

Ort/Datum:

Name/Unterschrift/Firmenstempel:

Anlagen:

- Anlage 1 - Arbeitsplatzbeschreibung – Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen
- Anlage 2 - Erklärung des schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmers
- Anlage 3 - Verdienstbescheinigung des schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmers
- Anlage 4 - Verdienstbescheinigung der personellen Unterstützungskraft
- Anlage 5 - Erklärung der personellen Unterstützungskraft

Anlage zum Folgeantrag (Bei Veränderungen bitte Nachweise beifügen)

<p>Name, Vorname</p>	<p>Grad der Behinderung unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ausgeübte Tätigkeit unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Arbeitszeit unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Betreuer unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkungen:</p>	<p>Mit Bescheid festgestellter Umfang von behinderungsbedingter Leistungsverringerung (Beschäftigungssicherungszuschuss) und personeller Unterstützung unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Unterstützungsperson unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt der Unterstützungsperson unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkungen:</p>
<p>Name, Vorname</p>	<p>Grad der Behinderung unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ausgeübte Tätigkeit unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Arbeitszeit unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Betreuer unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkungen:</p>	<p>Mit Bescheid festgestellter Umfang von behinderungsbedingter Leistungsverringerung (Beschäftigungssicherungszuschuss) und personeller Unterstützung unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Unterstützungsperson unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt der Unterstützungsperson unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkungen:</p>
<p>Name, Vorname</p>	<p>Grad der Behinderung unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ausgeübte Tätigkeit unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Arbeitszeit unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Betreuer unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkungen:</p>	<p>Mit Bescheid festgestellter Umfang von behinderungsbedingter Leistungsverringerung (Beschäftigungssicherungszuschuss) und personeller Unterstützung unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Unterstützungsperson unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt der Unterstützungsperson unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkungen:</p>
<p>Name, Vorname</p>	<p>Grad der Behinderung unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ausgeübte Tätigkeit unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Arbeitszeit unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Betreuer unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkungen:</p>	<p>Mit Bescheid festgestellter Umfang von behinderungsbedingter Leistungsverringerung (Beschäftigungssicherungszuschuss) und personeller Unterstützung unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Unterstützungsperson unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt der Unterstützungsperson unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkungen:</p>
<p>Name, Vorname</p>	<p>Grad der Behinderung unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ausgeübte Tätigkeit unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Arbeitszeit unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Betreuer unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkungen:</p>	<p>Mit Bescheid festgestellter Umfang von behinderungsbedingter Leistungsverringerung (Beschäftigungssicherungszuschuss) und personeller Unterstützung unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Unterstützungsperson unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Steuerpflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt der Unterstützungsperson unverändert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bemerkungen:</p>

Bezeichnung und Anschrift des Inklusionsbetriebes

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:

Bitte füllen Sie die Arbeitsplatzbeschreibung vollständig aus und bestätigen Sie Ihre Angaben mittels Unterschrift und Firmenstempel.

Arbeitsplatzbeschreibung – Ausgleich außergewöhnlicher Belastungen –

(Falls vorhanden, bitte Stellenbeschreibung mit beifügen!)

für Herrn/Frau _____ wohnhaft in _____

Einstellungstermin:	Arbeitsgruppe/Abteilung:
Tätigkeitsbezeichnung:	Name des Vorgesetzten:
Entgelt: <input type="checkbox"/> nach Tarif <input type="checkbox"/> ortsüblich <input type="checkbox"/> nach Haustarif	
bei Beschäftigung in einem Zweigbetrieb Anschrift des Zweigbetriebes:	

Tätigkeitsbeschreibung, -inhalte:

Erforderliche Fachkenntnisse:

Erforderliche Befähigungsnachweise:

Mögliche Belastungen (z.B. Lärm, Hitze, ...):

Begründung der Notwendigkeit einer personellen Unterstützung:

Name der Unterstützungsperson:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel des Arbeitgebers

Diese Anlage zum Antrag des Arbeitgebers ist vom sbM auszufüllen und zu unterschreiben. Diese Anlage kann ggf. auch direkt vom sbM an das Integrationsamt übersandt werden.

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, für den Leistungen beantragt werden:

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

ERKLÄRUNG DES SCHWERBEHINDERTEN ARBEITNEHMERS

1. Ich beziehe

- keine Rente
- keine Rente, habe aber einen Antrag gestellt
- Rente wegen Berufsunfähigkeit
- Erwerbsunfähigkeit auf Zeit Dauerrente
- der Folgen eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls.

Die Rente wird gezahlt von der

DRV _____

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
(auch evtl. Versicherungsleistungen) wegen evtl. Unfallfolgen besteht

- nicht
- gegenüber _____

4. Art der Behinderung:

- geistige Behinderung
- seelische Behinderung
- Körperbehinderung

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 und die mit dem Feststellungsverfahren nach dem SGB IX betrauten Stellen (Stadtverwaltung, Landratsamt), 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.

Dem Antrag ist ergänzend ein Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigelegt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers
--

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis: Bitte füllen Sie die Verdienstbescheinigung vollständig aus und bestätigen Sie Ihre Angaben mittels Unterschrift und Firmenstempel.
--

Verdienstbescheinigung des schwerbehinderten Menschen
--

für Herrn/Frau _____ wohnhaft in _____

1. Arbeitszeit

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung beträgt Stunden/Woche.

o. G. hat ein Vollzeitarbeitsverhältnis

o. G. hat ein Teilzeitarbeitsverhältnis zu Stunden/Woche (..... %)

2. Steuerpflichtiges monatliche Bruttoarbeitsentgelt ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen und Lohnnebenkosten

Bei feststehenden Einkommen ist der monatliche Bruttobetrag des o.g. Arbeitnehmers maßgeblich.

Schwankt das monatliche Einkommen, geben Sie bitte das monatliche Durchschnitts-Bruttoarbeitsentgelt aus den vergangenen 12 Kalendermonaten einschließlich des Monats der Antragstellung an. Überstunden und sonstige steuerpflichtige Zuschläge ohne Lohnnebenkosten sind mit einzurechnen.

€

3. Ergänzende Angabe der Vergütung pro Arbeitsstunde, falls arbeitsvertraglich vereinbart

_____ €.

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

Anlage 5 zum Antrag auf laufende Leistungen in Inklusionsbetrieben – AZ / Antrag vom:

(vom Arbeitgeber auszufüllen)

Personalien und Erklärung der personellen Unterstützungskraft:

Name, Vorname	geb. am	
.....

ERKLÄRUNG DER PERSONELLEN UNTERSTÜTZUNGSKRAFT

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass das Integrationsamt von meinem Arbeitgeber den Arbeitsvertrag und eine Verdienstbescheinigung von mir erhält.

Mein Einverständnis für diese Verfahrensweise liegt hiermit vor.

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