

Datum _____

Antrag auf finanzielle Hilfe aus Mitteln der Ausgleichsabgabe

Angaben zum Arbeitgeber

Firmenname _____ Betriebsnummer: _____

Anschrift _____ Telefon _____

Beschäftigte insgesamt _____ Zahl der Schwerbehinderten _____

Zuständige Kontaktperson (Name und Telefonnummer für Rückfragen zum Antrag)

Schwerbehindertenvertretung (Name) _____

Betriebs-/Personalratsvorsitzende/r (Name) _____

Bankverbindung bei (Bank, Sparkasse etc.) _____

Kontoinhaber _____ IBAN _____

Angaben zur schwerbehinderten Person

Name, Vorname _____

Anschrift _____ Geburtsdatum _____

Firmenzugehörigkeit seit _____

Grad der Behinderung (GdB) _____ Kennzeichen (z.B. H, G, aG, BI) _____

Angaben zum Arbeitsplatz

bisherige Tätigkeit _____ künftige Tätigkeit _____

Auswirkungen der Behinderung am derzeitigen Arbeitsplatz

Änderungsvorschlag mit Begründung

Antragsgegenstand

Kosten _____ Vorsteuerabzugsberechtigt Ja Nein

Erforderliche Unterlagen (in Kopie)

- Feststellungsbescheid des ehem. Versorgungsamtes (alle Seiten) - bitte aus datenschutzrechtlichen Gründen durch die schwerbehinderte Person in einem verschlossenen Umschlag aushändigen oder direkt an mich übersenden lassen
- Schwerbehindertenausweis (oder Gleichstellungsbescheid)
- Arbeitsvertrag der schwerbehinderten Person
- kurze Arbeitsplatzbeschreibung
- 2 Kostenvoranschläge bzw. Angebote, Bauzeichnungen, Prospekte
- Erklärung Datenschutz & Schweigepflicht

Unterschrift _____ Firmenstempel _____

Anlage zum Antrag von finanziellen Hilfen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe

Datenschutzerklärung

Name, Vorname (Leistungsberechtigte/r) _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Erklärung zur Verarbeitung und Weitergabe persönlicher Daten

Ich bin darüber informiert, dass zur Bearbeitung meines Antrags die Einbeziehung der zuständigen Abteilung für Schwerbehindertenangelegenheiten, des zuständigen Landschaftsverbandes sowie der fachlich notwendigen Integrationsfachdienste durch das Amt für Menschen mit Behinderung der Kreisverwaltung Mettmann zwingend erforderlich und eine Weitergabe der Daten notwendig sein kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Unterlagen aus dem Antragsvorgang an die oben aufgezählten Stellen zur Feststellung der Bedarfe unter Wahrung des Sozialgeheimnisses nach § 35 SGB I weitergegeben werden dürfen.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die zuständige Stelle in diesem Verwaltungsverfahren von dem zuständigen Amt für Menschen mit Behinderungen in Sachen Schwerbehindertenangelegenheiten, des zuständigen Landschaftsverbandes sowie der fachlich notwendigen Integrationsfachdienste Auskünfte und Unterlagen anfordern darf, die für die Prüfung des Anspruches erforderlich sind.

Das Informationsblatt „Informationspflicht nach Art. 13 DS-GVO“ habe ich erhalten.



Datum

Unterschrift Leistungsberechtigter Person