

Datum

--

Antrag auf finanzielle Hilfe aus Mitteln der Ausgleichsabgabe

Angaben zur Person des / der Schwerbehinderten		
Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		Telefon
Beruf	beschäftigt als	seit
Bankverbindung bei (Bank, Sparkasse etc.)	IBAN	
Angaben zum Arbeitgeber		
Firmenname, Anschrift, Telefon		
Angaben zur Behinderung		
Grad der Behinderung (GdB)		Kennzeichen a. d. Ausweis (z.B. H, G, aG, BI)
Angaben zum Arbeitsplatz		
bisherige Tätigkeit		
Auswirkungen der Behinderung am derzeitigen Arbeitsplatz		
Was wird beantragt? (Bildprospekt, Angebot, 2 Kostenvoranschläge, Bauzeichnungen etc. [bitte als Anlage beifügen])		
In welcher Weise soll die beantragte Hilfe die Situation hinsichtlich der Behinderung verbessern?		
Für die Bearbeitung Ihres Antrages benötige ich folgende Unterlagen (in Kopie): <ul style="list-style-type: none"> - Feststellungsbescheid des ehem. Versorgungsamtes (alle Seiten) - Schwerbehindertenausweis (oder Gleichstellungsbescheid) - Arbeitsvertrag - kurze Arbeitsplatzbeschreibung - Unterlagen zum Antragsgegenstand (2 Kostenvoranschläge bzw. Angebote, Bauzeichnungen, Prospekte) - Erklärung Datenschutz & Schweigepflicht 		
Unterschrift		

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

