

Datum

Antrag auf finanzielle Hilfe aus Mitteln der Ausgleichsabgabe - für Arbeitgeber

Angaben zum Arbeitgeber		
Firmenname, Anschrift, Telefon		Betriebsnummer
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.)	IBAN	
Angaben zur Person des schwerbehinderten Menschen		
Name, Vorname, Anschrift	Geburtsdatum	Firmenzugehörigkeit seit
Angaben zur Behinderung		
Grad der Behinderung (GdB)		Kennzeichen a. d. Ausweis (z.B. H,G, aG, BI)
Angaben zum Arbeitsplatz		
bisherige Tätigkeit	künftige Tätigkeit	
Auswirkungen der Behinderung am derzeitigen Arbeitsplatz		
Änderungsvorschlag mit Begründung		
Antragsgegenstand (Bildprospekt, Angebot, 2 Kostenvoranschläge, Bauzeichnungen etc. [bitte als Anlage beifügen])		
Kosten		
Für die Bearbeitung Ihres Antrages benötige ich folgende Unterlagen (in Kopie):		
<ul style="list-style-type: none"> - Feststellungsbescheid des ehem. Versorgungsamtes (alle Seiten) - bitte aus datenschutzrechtlichen Gründen durch den/die Mitarbeiter/in in einem verschlossenen Umschlag aushändigen oder direkt an mich übersenden lassen - Schwerbehindertenausweis (oder Gleichstellungsbescheid) - Arbeitsvertrag des Mitarbeiters - kurze Arbeitsplatzbeschreibung - Unterlagen zum Antragsgegenstand (2 Kostenvoranschläge bzw. Angebote, Bauzeichnungen, Prospekte) - Erklärung Datenschutz & Schweigepflicht 		
Unterschrift, Firmenstempel		Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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