



Antrag auf Gewährung eines Zuschusses für die Einrichtung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes

Leistung für Arbeitgebende

Hinweis:

Das Inklusionsamt darf Leistungen nur erbringen, wenn kein vorrangiger Rehabilitationsträger zuständig ist (§ 185 Abs. 3 und § 6 SGB IX). Das Inklusionsamt ist u.a. zuständig, wenn der schwerbehinderte Mensch verbeamtet ist oder der Antragsgegenstand von mehreren schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Menschen genutzt wird.

1. Angaben zum Unternehmen/ Behörde

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Beschäftigungsstelle

Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Personalleitung/ Handlungsbevollmächtigte Person

Name, Vorname:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Anzahl der Arbeitsplätze im Gesamtunternehmen/ Behörde:

(ohne Auszubildende, geringfügig Beschäftigte und entlehene Beschäftigte)

Anzahl der mit schwerbehinderten/
gleichgestellten Menschen besetzten Arbeitsplätzen:

Das entspricht einer Pflichtquote von:

2. Angaben zur arbeitnehmenden Person

Anrede:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Grad der Behinderung:

Rentenversicherungsnummer – Bitte immer angeben:

Ist Ihnen bekannt ob ein Antrag auf (Neu-)Feststellung einer Schwerbehinderung gestellt wurde?

Ja

Nein

Ist Ihnen bekannt ob ein Antrag auf Gleichstellung bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt wurde?

Ja

Nein

Ist die arbeitnehmende Person in einem Integrationsprojekt tätig? (Vgl. §§ 215 ff SGB IX)

Ja

Nein

Die arbeitnehmende Person ist bei Ihnen beschäftigt seit:

Die arbeitnehmende Person ist bei Ihnen beschäftigt als:

Der schwerbehinderte / gleichgestellte Mensch ist angestellt verbeamtet

3. Angaben für mehrere Arbeitnehmende/mehrere Arbeitsplätze

- a) Sind an dem behinderungsgerecht auszustattenden Arbeitsplatz regelmäßig auch nicht schwerbehinderte / gleichgestellte Arbeitnehmende tätig?

Ja

Nein

- b) Bezieht sich die behinderungsgerechte Ausstattung auf mehrere Arbeitsplätze?

Ja

Nein

- c) Sind mehrere schwerbehinderte / gleichgestellte Arbeitnehmende an dem behinderungsgerecht auszustattenden Arbeitsplatz beschäftigt, dann bitte die Anlage benutzen.

4. Antragsbegründung (ggf. mit Verweis auf die vorherige Bewilligung):

Es wird bestätigt, dass der beantragte Gegenstand noch nicht beschafft und bezahlt wurde.

5. Angaben zum Anspruch auf Erstattung von Umsatzsteuer/ Umsatzsteuerbefreiung

Sind Sie zum Vorsteuerabzug gem. § 15 Umsatzsteuergesetz berechtigt?

Ja

Nein

Sind Sie zum teilweisen Vorsteuerabzug berechtigt?

Ja, in Höhe von

Nein

6. Angaben zu bereits erfolgten/ beantragten Leistungen

Haben Sie in den vergangenen 5 Jahren bereits finanzielle Leistungen für die arbeitnehmende Person vom Inklusionsamt erhalten?

Ja

Nein

Es wird bestätigt, dass für den gleichen Zweck bei anderen öffentlichen und nicht öffentlichen Stellen keine Mittel beantragt wurden/werden.

7. Beigefügte notwendige Unterlagen

Es wurden folgende Unterlagen dem Antrag beigelegt:

(Personenbezogene Unterlagen bitte in einem verschlossenen Umschlage beilegen)

Kopie des Feststellungsbescheides der Behinderung vom Versorgungsamt

Kopie des Schwerbehindertenausweises (beidseitig)

ggf. Kopie des Gleichstellungsbescheides (bei GdB 30 - 40)

Kopie des Arbeitsvertrages (mit Änderungen) / der Ernennungsurkunde (Beamte)

Arbeitsplatz- / Tätigkeitsbeschreibung

betriebsärztliches Attest/ Gutachten (wenn vorhanden)

Auflistung der benötigten Ausstattung und Kosten

außerdem:

8. Datenschutz

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz meinem/meiner Beschäftigten ausgehändigt

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt

Datum

rechtsverbindliche Unterschrift(en)

**Anlage: Angaben zu einem weiterem schwerbehinderten/
gleichgestellten Beschäftigten**

Anrede:

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Grad der Behinderung:

Rentenversicherungsnummer – Bitte immer angeben:

Ist Ihnen bekannt ob ein Antrag auf (Neu-)Feststellung eine Schwerbehinderung gestellt wurde?

Ja

Nein

Ist Ihnen bekannt ob ein Antrag auf Gleichstellung bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt wurde?

Ja

Nein

Ist die arbeitnehmende Person in einem Integrationsprojekt tätig? (Vgl. §§ 215 ff SGB IX)

Ja

Nein

Die arbeitnehmende Person ist bei Ihnen beschäftigt seit:

Die arbeitnehmende Person ist bei Ihnen beschäftigt als:

Der schwerbehinderte / gleichgestellte Mensch ist angestellt verbeamtet