

Ort, Datum

Antrag

Auf Gewährung einer finanziellen
Hilfe aus der Ausgleichsabgabe

Aktenzeichen der Fachstelle (soweit bekannt)

Kreis _____
Abt. Soziales

Dieses Formular kann am PC ausgefüllt werden.

Bitte die Tabulator-Taste zum Wechseln auf die grauen Felder benutzen. Anschließend bitte ausdrucken und persönlich unterschreiben

1. Antragsteller / Antragstellerin / Angaben zum Arbeitgeber:

Betriebsname, Rechtsform:		Betriebs-Nr. der Agentur für Arbeit: _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _
Strasse:	Ort:	
Wirtschaftszweig:	Arbeitsplätze(Stand z.Z.):	schwerbehinderte Menschen / Gleichgestellte
Ansprechpartner/ Ansprechpartnerin bei Rückfragen:		Telefon, Fax, E-Mail
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:		Telefon, Fax, E-Mail
Betriebsratsvorsitzender / Betriebsratsvorsitzende		Telefon, Fax, E-Mail
Geltender Tarifvertrag:		

2. Schwerbehinderter Mensch (wenn mehr als eine Person betroffen ist, bitte besondere Aufstellung als Anlage)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung: %	Einstellungsdatum:
Tätigkeit des schwerbehinderten Menschen:	Berufsausbildung:	<input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung m Std. / Woche	
Es handelt sich dabei um <input type="checkbox"/> den bisherigen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen anderen vorhandenen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen neu zu schaffenden Arbeitsplatz			
Vergütung des behinderten Menschen:			
Stundenlohn:	= ca.	€ brutto mtl.	oder Gehalt: € mtl. Nettoverdienst
Tarifliche Lohn – bzw. Gehaltsgruppe:			

3. Maßnahme

Was soll beschafft werden (Bitte Kostenvoranschläge beifügen)	Kosten in € (ohne MWST)
Sonstige Kosten (z.B. Fremdarbeiten, eigene Material- und Lohnkosten):	
Gesamt:	

Wurden der Betriebsrat / der Personalrat und die Schwerbehindertenvertretung beteiligt? ja nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? ja nein

Erhalten Sie/Beantragen Sie von anderer Stelle (z.B. Agentur für Arbeit, Wirtschaftsförderung) Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung dieses/dieser schwerbehinderten Menschen / Gleichgestellten? nein

ja, und zwar von _____ € _____

Weitere Angaben und Begründung des Antrages, insbesondere zur Förderungshöhe:
Überweisungen erbitte ich auf folgendes Konto: Konto-Nr.: _____ BLZ: _____ bei der:

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Kreises Soest, Abt. Soziales, erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.1977 – BGBl. I S. 201 -)

Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

Unterschrift

Firmenstempel

Bitte fügen Sie dem ausgefüllten Antrag folgende Unterlagen bei:

1. Kostenangebot über das Hilfsmittel
2. Kopie des Schwerbehindertenausweises (Vorder- und Rückseite)
3. Kopie des Feststellungsbescheides.

Bitte beachten Sie, dass Sie das Hilfsmittel erst nach Erhalt des Bewilligungsbescheides erwerben dürfen.