

**Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)
und der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV);
Arbeitsassistentz (§ 17 Abs. 1a SchwbAV)**

Wichtiger Hinweis:

Finanzielle Leistungen können in der Regel nur dann bewilligt werden, wenn ein entsprechender Antrag vor Vertragsabschluss (Kauf/Bestellung) gestellt wird.

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
Landkreis	Telefon (tagsüber)	Anzahl der von mir unterhaltenen Angehörigen	
Kontonummer	Name und Sitz des Geldinstituts	Bankleitzahl	

2 Allgemeine Angaben zur Behinderung

Ich bin <input type="checkbox"/> schwerbehindert <input type="checkbox"/> gleichgestellt Aktenzeichen der Anerkennung	Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamts (Zentrum Bayern Familie und Soziales) und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen.
Die Behinderung beruht auf <input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung <input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> einer Internierung <input type="checkbox"/> einem Impfschaden <input type="checkbox"/> einer Gewalttat <input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit <input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden <input type="checkbox"/> einer Krankheit <input type="checkbox"/>	

3 Angaben zum Beruf

Ich bin <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/>	
Anschrift des Arbeitgebers (mit Telefon-Nr.)	
<input type="checkbox"/> beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit _____ <input type="checkbox"/> insgesamt berufstätig seit _____ <input type="checkbox"/> arbeitslos seit _____ <input type="checkbox"/> in Umschulung seit _____	Arbeitsaufnahme ab: _____ vorgesehen bei (Firma mit Tel.-Nr.) _____
<input type="checkbox"/> rentenversichert bei (Anschrift) _____	Versicherungs-Nr. _____

4 Ich beantrage Leistungen

zur Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen gem. § 102 Abs. 4 SGB IX i.V.m. § 17 Abs. 1a SchwbAV

Begründung (Art, Beginn, Darstellung und Finanzierung der Arbeitsassistenz):
(Bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, wenn der vorgesehene Platz nicht reicht)

Einzelfragen:

1. Bestehen behinderungsbedingte Einschränkungen bei der Ausübung der Tätigkeit?

ja nein

Falls ja, welche?

(Bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, wenn der vorgesehene Platz nicht reicht)

2. Welchen Assistenzbedarf (vor allem zeitlich) haben Sie für die Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit?

5 Sonstige Angaben

1. Wann und von welcher Stelle haben Sie zuletzt für den gleichen Zweck Leistungen erhalten?	Datum:	Aktenzeichen:
	Bewilligungsstelle	
2. Haben Sie Anträge auf gleichartige Leistungen, Gewährung von Renten oder ähnlichen Bezügen gestellt, über die noch nicht entschieden ist?	<input type="checkbox"/> nein	Aktenzeichen:
	<input type="checkbox"/> ja	Name und Anschrift Bewilligungsstelle

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass auch Anträge auf Renten oder ähnliche Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrags gestellt werden, von der Anzeigepflicht erfasst werden.

Ferner ist mir bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen von mir zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von mir vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.

Ort, Datum

Unterschrift