

**Antrag auf Leistungen
nach dem Sozialgesetzbuch
- Neuntes Buch - (SGB IX)
Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes
(§ 20 Schwerbehinderten-
Ausgleichsabgabeverordnung -
SchwbAV)**

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

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
Kreis	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 und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid des Arbeitsamts in Kopie beifügen.
Die Behinderung beruht auf <input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung <input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit <input type="checkbox"/> einer Internierung <input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden <input type="checkbox"/> einem Impfschaden <input type="checkbox"/> einer Krankheit <input type="checkbox"/> einer Gewalttat <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"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/>	
Anschrift des Arbeitgebers (mit Telefon-Nr.)	
<input type="checkbox"/> beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit _____	Arbeitsaufnahme _____ ab vorgesehen bei (Firma mit Tel.-Nr.)
<input type="checkbox"/> insgesamt berufstätig seit _____	
<input type="checkbox"/> arbeitslos seit _____	
<input type="checkbox"/> in Umschulung seit _____	Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> rentenversichert bei (Anschrift) _____	

4 Angaben zur beantragten Leistung

Ich beantrage Leistungen	
<input type="checkbox"/> zur Erlangung der Fahrerlaubnis <input type="checkbox"/> zur Erst-/Ersatzbeschaffung eines Kraftfahrzeugs <input type="checkbox"/> für die behinderungsbedingte Zusatzausstattung des Kraftfahrzeugs <input type="checkbox"/> für die Beförderungskosten	
Begründung:	
Die Gesamtkosten betragen	_____ EUR
Davon entfallen auf die behinderungsbedingte Zusatzausstattung	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Kostenvoranschläge liegen bei. <input type="checkbox"/> Kostenvoranschläge werden nachgereicht.	
Der Erlös für den Verkauf meines Altfahrzeugs beträgt	_____ EUR
Der Verkehrswert meines Altfahrzeugs beträgt	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Nachweis liegt bei. <input type="checkbox"/> Nachweis wird nachgereicht.	
Das zuletzt von mir gefahrene Kfz wurde auf meinen Namen zugelassen am	Datum
derzeitiger Kilometerstand	_____ km

5 Angaben zur Fahrerlaubnis und zum Arbeitsweg

Ich besitze einen Führerschein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Auflagen im Führerschein sind eingetragen <input type="checkbox"/> ja, entsprechend beiliegender Ablichtung <input type="checkbox"/> nein	
Die Arbeitsstelle wurde bisher erreicht mit	
<input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Privat-Pkw <input type="checkbox"/> Mitfahrgelegenheit <input type="checkbox"/>	
Die einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz beträgt	_____ km
Der Fußweg zwischen Wohnung und der nächsten Haltestelle beträgt	_____ km
Der Fußweg zwischen Haltestelle und Arbeitsplatz beträgt	_____ km
Ist ein Umsteigen erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

6 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 <input type="checkbox"/> ja	Aktenzeichen:
	Name und Anschrift der 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