

**Antrag  
auf Leistungen nach dem Sozialgesetz-  
buch – Neuntes Buch – (SGB IX) und der  
Schwerbehinderten - Ausgleichsabgabe-  
verordnung (SchwbAV)  
Leistungen an Arbeitgeber bei außerge-  
wöhnlichen Belastungen (§ 27 SchwbAV)**

**Wichtiger Hinweis:**

Finanzielle Leistungen können in der Regel nur ab dem Antragsmonat bewilligt werden. Einzelleistungen nur dann, wenn ein entsprechender Antrag vor Eingehen einer rechtlichen Verpflichtung gestellt wurde.

<b>1. Angaben zum Arbeitgeber</b>			
Name, Anschrift und Telefonnummer des Arbeitgebers	Für Rückfragen steht zur Verfügung	Telefonnummer	
	E-Mail:	Telefonnummer	
	Betriebs- bzw. Personalrat		
	E-Mail:	Telefonnummer	
Vertrauensmann/Vertrauensfrau			
E-Mail:			
Anzahl der im Betrieb Beschäftigten	Anzahl der mit schwerbehinderten/gleichgestellten Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern besetzten Arbeitsplätze		
Betriebsnummer	Übliche Arbeitszeit bei Vollbeschäftigung (Stunden)		
Kontonummer	Name und Sitz des Geldinstituts	Bankleitzahl	
<b>2. Angaben zum Arbeitnehmer</b>			
Name, Vorname	Familienstand	Geburtsdatum	
Anschrift		Landkreis	
Der/Die betroffene Arbeitnehmer/in ist <input type="checkbox"/> schwerbehindert <input type="checkbox"/> gleichgestellt	Bitte Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit <b>in Kopie</b> beifügen.		
Aktenzeichen der Anerkennung			
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"/>		
<input type="checkbox"/> Der Arbeitnehmer/Die Arbeitnehmerin ist bei uns beschäftigt seit _____ mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Std.	<input type="checkbox"/> Die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen ab _____		
<b>Bitte den <u>Arbeitsvertrag</u> in Kopie beifügen</b>			
als			
<input type="checkbox"/> Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> Arbeiter/in	<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/>
Ausbildung und besondere Fachkenntnisse des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin			
Tätigkeit des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin			
Der Arbeitnehmer/Die Arbeitnehmerin wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet			
<input type="checkbox"/> ja, auf _____ Plätze	<input type="checkbox"/> nein		

### 3. Angaben zur beantragten Leistung

Bei der Beschäftigung des Arbeitnehmers

entstehen uns außergewöhnliche Aufwendungen (z. B. Zeitaufwand/Kosten einer Betreuungskraft)

und/oder

bleibt dessen Arbeitsleistung aufgrund seiner Behinderung erheblich hinter dem Durchschnitt zurück (Minderleistung).

Detaillierte Begründung der außergewöhnlichen Belastung bzw. der Minderleistung (Art der außergewöhnlichen Aufwendungen bzw. Höhe der Minderleistung, ggf. auf gesondertem Blatt )

Zum teilweisen Ausgleich dieser außergewöhnlichen Belastungen beantragen wir einen **Zuschuss** von monatlich

EUR.



**Bitte fügen Sie eine Arbeitsplatzbeschreibung bei.**

Erhält der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin für seine/ihre Tätigkeit das reguläre tarifliche oder, soweit eine tarifliche Regelung nicht besteht oder anwendbar ist, das ortsübliche Arbeitsentgelt? - **Bitte Verdienstbescheinigung beifügen** -

ja

nein, Grund:

Stundenlohn/Gehalt eines/einer vergleichbaren nichtbehinderten Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin (brutto):

EUR

Ist der Arbeitsplatz bereits behinderungsgerecht ausgestattet?

ja  nein

Art der Arbeitsplatzausstattung

Ist eine Umsetzung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin auf einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Betriebs möglich?

ja  nein

Begründung:

Kann die Arbeitsleistung durch Teilnahme an einer Fortbildungsmaßnahme auf ein zumutbares Maß angehoben werden?

ja  nein

Begründung (ggf. Angabe der Fortbildungsmaßnahme):

#### 4. Sonstige Angaben

Wurden bei Begründung des Arbeitsverhältnisses Leistungen von einer anderen Stelle bewilligt (Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger)?

**- Bitte Kopie des Bewilligungsbescheids beifügen -**

ja (Name und Anschrift der Stelle, Aktenzeichen)

nein

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt?

ja (Name und Anschrift der Stelle, Aktenzeichen)

nein

Wurde der Integrationsfachdienst eingeschaltet?

ja

nein

Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Wir verpflichten uns, jede Änderung in den in diesem Antrag enthaltenen Angaben zum Arbeitnehmer unverzüglich mitzuteilen.

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

Ort, Datum

Unterschrift