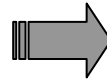


Antrag

auf Leistungen nach der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)



Wichtiger Hinweis:

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

Leistungen an Arbeitgeber zur Schaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen (§ 15 SchwbAV)

Leistungen zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen (§ 26 SchwbAV)

1. Angaben zum Arbeitgeber		
Name, Anschrift und Telefonnummer des Arbeitgebers	Für Rückfragen steht zur Verfügung	Telefonnummer
	E-Mail: Betriebs- bzw. Personalrat	Telefonnummer
	E-Mail: Vertrauensmann/Vertrauensfrau	Telefonnummer
Anzahl der im Betrieb Beschäftigten	Anzahl der mit Schwerbehinderten/Gleichgestellten besetzten Arbeitsplätze	
Betriebsnummer		
Besteht allgemein oder für das geplante Vorhaben Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UstG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kontonummer	Name und Sitz des Geldinstituts	Bankleitzahl

2. Angaben zum Arbeitnehmer	
Name, Vorname	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 in Kopie 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. befristet bis	<input type="checkbox"/> Die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen ab mit einer Wochenarbeitszeit von Std. befristet bis
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	
<input type="checkbox"/> rentenversichert bei (Anschrift)	Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> krankenversichert bei (Anschrift)	Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> zuständige Berufsgenossenschaft	Versicherungs-Nr.

3. Angaben zur beantragten Leistung	
<p>Was wird beantragt? ⇒ Bitte Angebot, Kostenaufstellung, ggf. Bildprospekt beifügen.</p>	
<p>Begründung (Bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht.)</p>	

	Die Gesamtkosten belaufen sich auf	EUR.
	Welche Kosten sind behinderungsbedingt?	
	Begründung	
	Geplante Finanzierung	

4. Sonstige Angaben		
	Wird der Arbeitsplatz von mehreren Arbeitnehmern genutzt?	
	<input type="checkbox"/> ja, darunter Schwerbehinderte	<input type="checkbox"/> nein
	Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt?	
	<input type="checkbox"/> ja (Name und Anschrift der Stelle die diese Leistungen gewährt, Aktenzeichen)	<input type="checkbox"/> 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