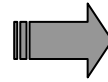


Antrag

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)
- Befristetes Sonderprogramm für Arbeitgeber: "Chancen schaffen II" (für neue Arbeitsplätze)
- Befristetes Sonderprogramm für Arbeitgeber: "Job4000" (für neue Ausbildungsplätze)

| 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"/> | |

| | | |
|--|---|------|
| | 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