

Aktenzeichen (vom ZBFS-Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) und der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV); Einmalige Leistungen an Inklusionsbetriebe (§§ 215, 217 SGB IX, 28a SchwbAV)

A Investitionskosten im Zusammenhang mit

- ☐ Gründung
- ☐ Erweiterung
- ☐ Modernisierung

B Mitwirkung, Hinweise

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und fügen Sie die unter Buchstabe **H** genannten Unterlagen bei. Bei Versand unverschlüsselter E-Mails besteht das Risiko der Kenntnisnahme und Offenlegung durch Dritte. Daten mit hohem Schutzbedarf (z. B. Feststellungsbescheid) sollten daher nicht per E-Mail eingereicht werden.

Alle unsere Mitarbeiter/innen sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

Ihre Angaben sind erforderlich, um den Antrag zu bearbeiten (vgl. § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – SGB I). Im Falle fehlender Mitwirkung kann die Leistung nicht oder nicht in voller Höhe gewährt werden (§ 66 SGB I).

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Leistungen nicht rückwirkend, sondern frühestens ab dem Monat der Antragstellung bewilligt werden können.

Bei der Verwendung des Begriffes „schwerbehinderte Beschäftigte“ in diesem Antrag ist auch der Personenkreis der gleichgestellten behinderten Menschen gem. § 2 Abs. 3 SGB IX mitumfasst.

C Angaben zum antragstellenden Inklusionsbetrieb

Name, Anschrift

Betriebsnummer

Ansprechpartner/in für Rückfragen zum Antrag:

Name

Funktion

Telefon tagsüber
(freiwillige Angabe)

Anzahl aller im Inklusionsbetrieb beschäftigten Personen zum Zeitpunkt der Antragstellung
(auch nicht schwerbehinderte Beschäftigte, aber ohne geringfügig Beschäftigte)

Kontoverbindung des Inklusionsbetriebes:

IBAN

Kontoinhaber/in
(nur wenn nicht Antragsteller/in)

D**Angaben zur Förderung**

Folgende Leistung wird beantragt:

- ☐ Zuschuss
☐ Zinszuschuss
☐ Darlehen

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt bzw. bewilligt/abgelehnt
(► siehe ggf. „Beizufügende Unterlagen“ unter Buchstabe **H**)?

- ☐ nein
☐ ja ► Name und Anschrift der Stelle, ggf. Aktenzeichen (bei Ablehnung: Grund mitteilen)

E**Angaben zur geplanten Maßnahme**

Diesem Antrag liegt das Konzept vom _____ zugrunde.

Was wird beantragt

(Beschreibung; notwendige Unterlagen ► siehe „Beizufügende Unterlagen“ unter Buchstabe **H**)?

Begründung:

Höhe der Gesamtinvestitionskosten: _____ €

Welche Kosten sind behinderungsbedingt (ggf. Begründung)?

	Geplante Finanzierung (Eigenkapital, Fremdkapital etc., ggf. Verweis auf Fundstelle im vorgelegten Konzept):																																			
F	Angaben zu den Beschäftigten																																			
	(Hinweis: soweit Angaben zu den Beschäftigten bereits bekannt sind, bitte Daten eintragen; andernfalls Planungsgrößen angeben und konkrete Daten bei Einstellung nachreichen) Bitte listen Sie an dieser Stelle die Namen aller schwerbehinderten Beschäftigten auf, für die eine Förderung beantragt wird. Die für die Antragsbearbeitung notwendigen Angaben tragen Sie bitte für jede/n Beschäftigte/n gesondert in dem als Anlage beigefügten Datenblatt ein (soweit noch nicht dem Inklusionsamt auf anderem Wege bereits mitgeteilt). <table border="1"> <thead> <tr> <th>Lfd. Nr.</th><th>Name, Vorname des/der schwerbehinderten Beschäftigten</th><th>Stellenanteil</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10.</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> Bei Erweiterung/Modernisierung: Wie vielen Beschäftigten (einschließlich nicht behinderter Menschen) kommt die beantragte Erweiterung/Modernisierung zu Gute (Stellenanteil)? _____ Wie viele sind davon schwerbehindert im Sinne von § 215 SGB IX (Stellenanteil)? _____			Lfd. Nr.	Name, Vorname des/der schwerbehinderten Beschäftigten	Stellenanteil	1.			2.			3.			4.			5.			6.			7.			8.			9.			10.		
Lfd. Nr.	Name, Vorname des/der schwerbehinderten Beschäftigten	Stellenanteil																																		
1.																																				
2.																																				
3.																																				
4.																																				
5.																																				
6.																																				
7.																																				
8.																																				
9.																																				
10.																																				
G	Datenschutz																																			
	Ich nehme zur Kenntnis, dass - die Auskünfte und Unterlagen, die das Inklusionsamt im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX erhält, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an einen anderen Leistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung des Inklusionsamtes oder des anderen Leistungsträgers erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – SGB X). - ich dieser Datenübermittlung jederzeit widersprechen kann. - die Daten elektronisch gespeichert werden.																																			
H	Beizufügende Unterlagen (Zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)																																			
	Bitte gehen Sie die Liste der aufgeführten Unterlagen genau durch und fügen Sie dem Antrag die zutreffenden Anlagen, wenn möglich, bei. Das Einreichen von einfachen Kopien ist ausreichend. Sie ersparen damit Rückfragen und zeitaufwendige Ermittlungen. <u>Folgende Unterlagen liegen diesem Antrag bei:</u> ☐ Angebote, Kostenvoranschläge ☐ Rechnungen (nur möglich bei erteiltem vorzeitigem Maßnahmebeginn) ☐ Bescheid(e) über Leistungen anderer Kostenträger (wie z. B. Bayerische Landesstiftung, Aktion Mensch o. ä.)																																			

Soweit **nicht** bereits vorgelegt:

- ☐ Businessplan/ Erweiterungskonzept/ Modernisierungskonzept
- ☐ Investitions-/Beschaffungsplan
- ☐ Finanzierungsplan
- ☐ Finanzierungsnachweis
- ☐ Betriebswirtschaftliches Gutachten
- ☐ Satzung/ Gesellschaftsvertrag
- ☐ Auszug aus dem Handelsregister

Bei Baumaßnahmen/ Anmietungen zusätzlich:

- ☐ Lageplan
- ☐ Bau- und/oder Raumprogramm
- ☐ Raum- und Funktionsplan
- ☐ Berechnung der Flächen; Berechnung des umbauten Raums
- ☐ Bau-/ Nutzungsgenehmigung
- ☐ Mietvertrag
- ☐ Bewertungsgutachten zur Ortsüblichkeit des Mietpreises

Zu **jedem/jeder** unter Buchstabe F angegebenen Beschäftigten, soweit nicht bereits im Rahmen der Antragstellung über laufende Leistungen vorgelegt:

- ☐ Anlage (Angaben zum Beschäftigungsverhältnis)
- ☐ Schwerbehindertenausweis
- ☐ Gleichstellungsbescheid
- ☐ Feststellungsbescheid (soweit vorliegend)
- ☐ Arbeitsvertrag
- ☐ Unterlagen zum Nachweis der vorherigen Arbeitslosigkeit

H Erklärung(en)

Ich versichere, die in diesem Antrag einschließlich in den Antragsunterlagen gemachten Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der in diesem Antrag einschließlich in den Antragsunterlagen enthaltenen Angaben unverzüglich dem Inklusionsamt mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge ähnlicher Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrags gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige bzw. unvollständige Angaben mache.

Der/die Beschäftigte/n wurde/n über die Antragstellung informiert. Ihm/Ihr/Ihnen wurde/n die Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt.

(Achtung: Jeder Beschäftigte, für den der Antrag gestellt wird, muss ein Hinweisblatt ausgehändigt bekommen!)

Ort, Datum

Unterschrift / Firmenstempel



Anlage (Teil 1)

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

► Bitte für jeden schwerbehinderten Beschäftigten ausfüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Vorliegen einer

☐

Schwerbehinderung

► Feststellende Behörde: _____

► Aktenzeichen der Anerkennung: _____

☐

Gleichstellung durch _____

Wurde die Behinderung durch einen Arbeits-, Dienst- bzw. Wegeunfall oder eine Berufskrankheit verursacht?

☐

nein

☐

ja, durch _____

Status vor Arbeitsaufnahme im Inklusionsbetrieb:

☐

arbeitslos

von _____ bis _____

☐

Beschäftigung in einer WfbM im Arbeitsbereich

von _____ bis _____

☐

Beschäftigung in einer WfbM im Berufsbildungsbereich

von _____ bis _____

☐

Beschäftigung in einer psychiatrischen Einrichtung

von _____ bis _____

☐

Besuch einer Förderschule G

von _____ bis _____

☐

Besuch einer sonstigen Förderschule

von _____ bis _____

Bezeichnung der zutreffenden o.g. Einrichtung(en): _____

☐

Der/Die Beschäftigte ist bei uns sozialversicherungspflichtig beschäftigt seit _____
mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Stunden.

☐

Der/Die Beschäftigte nimmt voraussichtlich am _____ die Arbeit auf.

Beschäftigung als

☐

Auszubildende/r

☐

Arbeitnehmer/in

Wird er/sie unter Beachtung des Mindestlohngesetzes (in der jeweils gültigen Fassung) bzw. eines geltenden Tarifvertrages entlohnt?

☐

ja

☐

nein

☐

nein, es liegt eine Ausnahme vor (Begründung erforderlich): _____



Anlage (Teil 2)

Angaben zum Arbeitsplatz des/der Beschäftigten

► Bitte für jeden schwerbehinderten Beschäftigten ausfüllen!

Darstellung des beruflichen Werdegangs, Ausbildung (u.a. auch fehlende berufliche Qualifikation):

Berufs-/Tätigkeitsbezeichnung:

Arbeitsinhalte und Aufgaben:

Einsatzort:

Darstellung der vorhandenen (behinderungsgerechten) Arbeitsplatzausstattung, davon ggf. bereits durch das Inklusionsamt gefördert:



Hinweise zum Datenschutz für Arbeitnehmer – Leistungen an Arbeitgeber Aktenzeichen:

Ihr Arbeitgeber/Ihre Arbeitgeberin hat Leistungen beim Inklusionsamt beantragt. Für diesen Antrag werden Daten zu Ihrer Person benötigt. Ihr Arbeitgeber/Ihre Arbeitgeberin ist daher verpflichtet, Ihnen diese Hinweise auszuhändigen.

Alle Angaben, die Sie im Rahmen des Verfahrens gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen brauchen wir, um den Antrag zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 185 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) i.V.m. der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form in einem staatlichen Rechenzentrum des Freistaates Bayern. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Möglicherweise werden wir auch andere Stellen außerhalb des ZBFS, z.B. den Integrationsfachdienst, beauftragen, eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zu erstellen. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Wir werden zudem Daten aus dem Schwerbehinderten – Feststellungsverfahren beim Versorgungsamt im erforderlichen Umfang nutzen.

Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen. Die Daten werden daher 5 Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres gelöscht, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt: bestandskräftiger Abschluss des Verfahrens (ggf. nach Ablauf der festgesetzten Bindungsfrist) oder sonstige Erledigung des Verfahrens.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.

- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn der Antrag zurückgenommen wird oder Sie der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, 95440 Bayreuth
- per Telefon: 0921 605-03
- per Telefax: 0921 605-3903
- per E-Mail: Poststelle@zbfs.bayern.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des ZBFS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Datenschutzbeauftragter, 95440 Bayreuth
- per E-Mail: Datenschutzbeauftragter@zbfs.bayern.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch an den **Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz** wenden.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das ZBFS zurück.



Hinweise zum Datenschutz für Arbeitgeber – Leistungen des Inklusionsamtes Aktenzeichen:

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) verantwortlich.

Alle Angaben, die Sie

- in diesem Formular sowie
- im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen brauchen wir, um Ihren Antrag auf Leistungen zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 185 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) i.V.m. der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form in einem staatlichen Rechenzentrum des Freistaates Bayern. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Möglicherweise werden wir auch andere Stellen außerhalb des ZBFS, z.B. den Integrationsfachdienst, beauftragen, eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zu erstellen. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Zum Zweck der Zahlungsabwicklung werden Ihre hierfür erforderlichen Daten der Staatsoberkasse Bayern in Landshut übermittelt.

Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen. Die Daten werden daher 5 Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres gelöscht, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt: bestandskräftiger Abschluss des Verfahrens (ggf. nach Ablauf der festgesetzten Zweckbindungsfrist) oder sonstige Erledigung des Verfahrens.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.

- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, 95440 Bayreuth
- per Telefon: 0921 605-03
- per Telefax: 0921 605-3903
- per E-Mail: Poststelle@zbfs.bayern.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des ZBFS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Datenschutzbeauftragter, 95440 Bayreuth
- per E-Mail: Datenschutzbeauftragter@zbfs.bayern.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch an den **Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz** wenden.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das ZBFS zurück.