

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);  
Laufende Leistungen an Inklusionsbetriebe (§§ 215, 217 SGB IX, 28a, 27 SchwbAV) für das  
Kalenderjahr \_\_\_\_\_**

|  |   |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
|--|---|-----------------|--|--|----------------|--|--|--|--|--|------|--|----------|---|--|--|--|--|--|---|--|--|------|--|--|---|--|--|
| <b>A</b>   | <input type="checkbox"/> Erstantrag<br><br><input type="checkbox"/> Folgeantrag<br><br>für besonderen Aufwand, Ausgleich Leistungseinschränkung und personelle Unterstützung  |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
| <b>B</b>   | <b>Mitwirkung, Hinweise</b><br><br>Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und fügen Sie die unter Buchstabe <b>E</b> 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.<br>Alle unsere Mitarbeiter/innen sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.<br>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).<br>Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Leistungen nicht rückwirkend, sondern frühestens ab dem Monat der Antragstellung bewilligt werden können.<br>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. |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
| <b>C</b>   | <b>Angaben zum antragstellenden Inklusionsbetrieb</b><br><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Name, Anschrift</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Betriebsnummer</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Ansprechpartner/in für Rückfragen zum Antrag:</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;">Name</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Funktion</td> </tr> <tr> <td>Telefon tagsüber<br/><small>(freiwillige Angabe)</small></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Übliche Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung im Inklusionsbetrieb (in Wochenstunden):</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Kontoverbindung des Inklusionsbetriebes:</b></td> </tr> <tr> <td>IBAN</td> <td colspan="2" style="border: 1px dashed black;"></td> </tr> <tr> <td>Kontoinhaber/in<br/><small>(nur wenn nicht Antragsteller/in)</small></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>   | Name, Anschrift |  |  | Betriebsnummer |  |  | <b>Ansprechpartner/in für Rückfragen zum Antrag:</b> |  |  | Name |  | Funktion | Telefon tagsüber<br><small>(freiwillige Angabe)</small> |  |  | Übliche Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung im Inklusionsbetrieb (in Wochenstunden): |  |  | <b>Kontoverbindung des Inklusionsbetriebes:</b> |  |  | IBAN |  |  | Kontoinhaber/in<br><small>(nur wenn nicht Antragsteller/in)</small> |  |  |
| Name, Anschrift  |   |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
| Betriebsnummer   |   |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
| <b>Ansprechpartner/in für Rückfragen zum Antrag:</b>                                   |   |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
| Name   |   | Funktion        |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
| Telefon tagsüber<br><small>(freiwillige Angabe)</small>                                |   |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
| Übliche Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung im Inklusionsbetrieb (in Wochenstunden): |   |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
| <b>Kontoverbindung des Inklusionsbetriebes:</b>  |   |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
| IBAN   |   |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |
| Kontoinhaber/in<br><small>(nur wenn nicht Antragsteller/in)</small>                    |   |                 |  |  |                |  |  |  |  |  |      |  |          |   |  |  |  |  |  |   |  |  |      |  |  |   |  |  |

## D 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.

## E 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.

Folgende Unterlagen liegen diesem Antrag bei:

Für **Erstantrag/Neueinstellungen**:

- Anlage 1 (Aufstellung der schwerbehinderten Beschäftigten)
- Anlage 2 (Angaben des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin zum Beschäftigungsverhältnis)
- Anlage 3 (Erklärung des/der schwerbehinderten Beschäftigten)  
▶ Hinweis: Kann auch von Beschäftigten direkt an das Inklusionsamt übermittelt werden
- Schwerbehindertenausweis
- Gleichstellungsbescheid
- Feststellungsbescheid
- Arbeitsvertrag
- Lohnkonten der letzten 3 Beschäftigungsmonate (soweit vorhanden)
- Unterlagen zum Nachweis der vorherigen Arbeitslosigkeit
- Nachweis über Sonderzahlungen (soweit nicht aus Arbeitsvertrag ersichtlich)
- Bescheid über vorrangige Leistungen (z. B. EGZ-SB) der Reha-Träger (Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung usw.)
- Auflistung des Betreuungspersonals (Stundenanteil) mit jeweiligem Qualifizierungsnachweis

Für **Folgeantrag**:

- Anlage 4 (Aufstellung der schwerbehinderten Beschäftigten mit entsprechenden Änderungen)
- ggf. Anlage 2 bzw. 3
- ggf. Schwerbehindertenausweis bei Änderung und/oder Verlängerung
- ggf. Feststellungsbescheid bei Änderung
- aktuelle Auflistung bei Wechsel des Betreuungspersonals (Stundenanteil) mit jeweiligem Qualifizierungsnachweis

## F 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 1

### Aufstellung der schwerbehinderten Beschäftigten

Diese Aufstellung ist zum Abgleich mit den übermittelten Anlagen 2 und 3 notwendig.

| Lfd. Nr. | Name, Vorname | Welche Leistung wird beantragt?               |                              |
|----------|---------------|---|------------------------------|
|          |               | besonderer Aufwand / personelle Unterstützung | Ausgleich Leistungsminderung |
| 1.       |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 2.       |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 3.       |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 4.       |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 5.       |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 6.       |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 7.       |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 8.       |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 9.       |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 10.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 11.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 12.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 13.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 14.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 15.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 16.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 17.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 18.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 19.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 20.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 21.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 22.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 23.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 24.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 25.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 26.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 27.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 28.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 29.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 30.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 31.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 32.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 33.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |
| 34.      |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>     |





## Anlage 2 (Teil 2)

**B**

### Angaben zum Arbeitsplatz des/der Beschäftigten

► Bitte für jeden schwerbehinderten Beschäftigten ausfüllen!

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

Ausübende Tätigkeit:

Arbeitsinhalte und Aufgaben:

Einsatzort:

Vorhandene (behinderungsgerechte) Arbeitsplatzausstattung, davon ggf. bereits durch das Inklusionsamt gefördert:



## Anlage 2 (Teil 3)



### Beschreibung der Leistungseinschränkung

Eine geringere Arbeitsleistung liegt vor, wenn die Arbeitsleistung aus behinderungsbedingten Gründen erheblich hinter der Arbeitsleistung eines nichtbehinderten Arbeitnehmers / einer nichtbehinderten Arbeitnehmerin mit gleichen Aufgaben zurückbleibt.

Beschreibung der geringeren Arbeitsleistung (bei welchen Tätigkeiten tritt die geringere Arbeitsleistung auf, welchen Anteil haben diese an der Gesamtarbeitszeit, in welcher Art und Höhe liegt die geringere Arbeitsleistung vor, z. B. „Täglich erhöhte Pausenzeiten von zusätzlich 35 Minuten, weil...“ oder „verlangsamtes Arbeiten als Nebenwirkung bei Medikamenteneinnahme und dadurch im Vergleich 1/3 langsamer...“ ); gegebenenfalls auf gesondertem Blatt:

Kann die geringere Arbeitsleistung durch zusätzliche Maßnahmen (Umsetzung, Qualifizierung, Arbeitszeitreduzierung u. ä.) verringert werden?

ja, und zwar durch:

nein, Grund:



## Anlage 2 (Teil 4)



### **Begründung für Ausgleich der personellen Unterstützung**

(bei einer regulären Arbeitgeberförderung nach § 27 SchwbAV)

Personelle Unterstützung kann bei überdurchschnittlichen Aufwendungen ausgeglichen werden, die bei der Beschäftigung des schwerbehinderten Menschen entstehen, z. B. für eine besondere Hilfskraft, persönliche Betreuung usw.

Welche Hilfen, Unterstützungsaufwendungen und/ oder zusätzliche Unterweisungen sind auf Grund der Behinderungen des/der Beschäftigten erforderlich? (gegebenenfalls auf gesondertem Blatt)

Wie viel Stunden pro Tag findet diese Unterstützung statt?

Durch wen wird die personelle Unterstützung sichergestellt?



### **Beteiligung des Integrationsfachdienstes (IFD)**

Wurde der IFD beteiligt?

nein

ja

bei Vermittlung

bei Berufsbegleitung

bei Sonstigem:

► Name des Fachberaters: \_\_\_\_\_



## Anlage 3

### Erklärung des/der schwerbehinderten Beschäftigten

► vom schwerbehinderten Beschäftigten auszufüllen und zu unterschreiben  
(kann ggf. auch direkt an das Inklusionsamt übersandt werden)

Personalien:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

1

Ich beziehe

- keine Rente
- keine Rente, habe aber einen Antrag gestellt.
- Rente wegen  Berufsunfähigkeit
- Erwerbsunfähigkeit
- auf Zeit
- Dauerrente
- der Folgen eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls

Die Rente wird gezahlt von der

DRV \_\_\_\_\_

Berufsgenossenschaft \_\_\_\_\_

unter dem Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

2

Ich habe bei \_\_\_\_\_ (Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, etc.)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt/ erhalten am \_\_\_\_\_

3

Nur bei Schädigung durch Dritte:

Ein Anspruch auf Schadenersatzleistungen gegenüber Dritten (auch evtl. Versicherungsleistungen) wegen evtl. Unfallfolgen besteht

nicht

gegenüber \_\_\_\_\_

4

#### Einwilligung zur Offenbarung personenbezogener Daten

Ich bin damit einverstanden, dass das Inklusionsamt alle für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen bei den mit dem Feststellungsverfahren nach dem SGB IX betrauten Stellen und sonstigen Sozialleistungsträgern einholt. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 67 a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – SGB X.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass diese Unterlagen im Falle eines Erstattungsstreits, den das Inklusionsamt wegen der für mich erbrachten Leistungen führen muss, dem zuständigen Leistungsträger bzw. Gericht vorgelegt werden, soweit dies für die Begründung des Anspruchs erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Anlage 4

### Aufstellung der schwerbehinderten Beschäftigten mit entsprechenden Änderungen bei Folgeantrag

► Bitte alle Beschäftigten auflisten, für die eine Weitergewährung beantragt wird.

| Lfd. Nr. | Name, Vorname | Keine Änderungen zum letzten Bewilligungszeitraum (bitte ankreuzen) | Änderungen zum letzten Bewilligungszeitraum (bitte ankreuzen und Anlagen 2 bzw. 3 komplett ausgefüllt übermitteln!) |
|----------|---------------|---|---|
| 1.       |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 2.       |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 3.       |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 4.       |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 5.       |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 6.       |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 7.       |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 8.       |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 9.       |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 10.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 11.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 12.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 13.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 14.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 15.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 16.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 17.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 18.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 19.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 20.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 21.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 22.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 23.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 24.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 25.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 26.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 27.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 28.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 29.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 30.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 31.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 32.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 33.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 34.      |               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |



## 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](mailto: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](mailto: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-Ausgleichsverordnung (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@zbf.s.bayern.de](mailto:Poststelle@zbf.s.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@zbf.s.bayern.de](mailto:Datenschutzbeauftragter@zbf.s.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.**