

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);

Leistungen an Arbeitgeber bei außergewöhnlichen Belastungen (§ 27 SchwbAV) durch Kosten für Gebärdensprach- oder Schriftdolmetscher oder Kommunikationsassistenten

A	Art der beantragten Leistung	
	Beantragt wird der Einsatz eines/r selbstständigen ☐ staatlich geprüften Gebärdensprachdolmetschers/in ☐ Schriftdolmetschers/in ☐ Kommunikationsassistenten/in (Assistenzkraft, die die Kommunikation zwischen schwerbehinderten Menschen mit Hörbeeinträchtigungen und ihren Mitmenschen durch gebärdensprachliche oder anderweitige Unterstützung fördert, ohne über einen staatlichen Abschluss zum/r Gebärdensprachdolmetscher/in zu verfügen) ☐ internetbasierte Dienstleistungen für Übertragung in Schrift- oder Gebärdensprache	
B	Mitwirkung, Hinweise	
	Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und fügen Sie die unter Buchstabe E genannten Unterlagen bei. Im Falle fehlender Mitwirkung kann die Gewährung von Leistungen versagt werden (§§ 60 ff. SGB I).	
C	Angaben zum/zur Arbeitgeber/in	
	Name, Anschrift	
	Betriebsnummer	
	IBAN	
	Ansprechpartner/in für Rückfragen zum Antrag:	
	Name	Funktion
	Telefon tagsüber	
	Besteht eine Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG?	
	☐ nein ☐ ja (Hinweis: Liegt keine Vorsteuerabzugsberechtigung vor, kann eine vom/von der Dienstleister/in geltend gemachte Umsatzsteuer nur erstattet werden, wenn der/die Leistungserbringer/in umsatzsteuerpflichtig ist.)	

➡ Diese Seite bitte für jeden betroffenen Beschäftigten separat ausfüllen ⬅

D Angaben zur/zum Beschäftigten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Es wurde die

- ☐ Schwerbehinderung festgestellt, AZ.: _____
- ☐ Gleichstellung durch die Agentur für Arbeit festgestellt.

➡ siehe beizufügende Unterlagen (Buchstabe **E**)

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

➡ siehe beizufügende Unterlagen (Buchstabe **E**)

- ☐ Die Beschäftigung ist befristet bis zum _____

➡ siehe beizufügende Unterlagen (Buchstabe **E**)

Die Beschäftigung erfolgt als

- ☐ Arbeitnehmer/in
- ☐ Leiharbeitnehmer i.S.d. AÜG
- ☐ Beamter/in
- ☐ Auszubildende/r
- ☐ Praktikant/in oder Probearbeitnehmer aus einer WfbM

E Beizufügende Unterlagen für jede/n unter **D** genannten Beschäftigten

Bitte fügen Sie dem Antrag die folgenden Anlagen bei. Das Einreichen von einfachen Kopien ist ausreichend.

- ☐ Arbeitsvertrag
- ☐ Bescheid über die Feststellung der Behinderung des Versorgungsamtes
- ☐ Ggf. Bescheid über die Bewilligung der Gleichstellung der Agentur für Arbeit
- ☐ Bescheid über vorrangige Leistungen der Reha-Träger (Agentur für Arbeit, Rentenversicherung usw.)
- ☐ Kostenvoranschlag des/der Dienstleister/in mit Angabe zur Qualifikation

Die folgenden bereits dem Inklusionsamt vorgelegten Unterlagen sollen für diesen Antrag herangezogen werden:

- ☐
- ☐
- ☐

F Angaben zur beantragten Leistung

Für die Bereitstellung eines/einer Gebärdensprach- oder Schriftdolmetschers/in oder Kommunikationsassistenten/in (z.B. bei Arbeits- oder Dienstbesprechungen, Betriebs-, Personal- oder Schwerbehindertenversammlungen, Schulungen, etc.)

☐ am _____ wird ein **einmaliger Zuschuss** beantragt.
(Datum)

(Bitte genaue Beschreibung des Einsatzes mit Anlass, voraussichtlicher Dauer, geplanten Unterbrechungen/Pausen, fremdsprachlichen oder besonderen fachlichen Anforderungen, Kostenvoranschlag; gegebenenfalls auf gesondertem Blatt):

oder

☐ im Zeitraum von _____ bis _____ (maximal ein Jahr)
(Datum) (Datum)

wird ein **Budget für wiederholt stattfindende Anlässe** beantragt.

(Bitte genaue Beschreibung der Einsätze mit Anlass, voraussichtlicher Dauer, geplanten Unterbrechungen/Pausen, fremdsprachlichen oder besonderen fachlichen Anforderungen, Kostenvoranschlag; gegebenenfalls auf gesondertem Blatt):

Bestehen Möglichkeiten, den Bedarf auf andere Weise zu decken, z. B. durch technische oder organisatorische Lösungen?

☐ nein ☐ ja

G Sonstige Angaben

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

☐ nein ☐ ja ▶ Name und Anschrift der Stelle, ggf. dortiges Aktenzeichen

▶ Aktenzeichen: _____

H Erklärung(en)

Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Weiterhin wird versichert, dass die Vorgaben des Mindestlohngesetzes (MiLoG) in der jeweils gültigen Fassung eingehalten sind.

Wir versichern, jede Änderung der in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich dem Inklusionsamt mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge auf Gewährung ähnlicher Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrags gestellt werden.

Uns ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn er vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige bzw. unvollständige Angaben macht oder leistungserhebliche Änderungen nicht nachträglich mitteilt.

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

(Achtung: Jede/r Beschäftigte, für den der Antrag gestellt wird, muss ein Hinweisblatt ausgehändigt bekommen.)

Ort, Datum

Unterschrift



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.



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.