

Aktenzeichen (vom ZBFS-Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

**Finanzielle Hilfen im Arbeitsleben an schwerbehinderte Menschen;  
Arbeitsassistenz (§ 17 Abs. 1a SchwbAV)**

<b>A</b>	<b>Wichtiger Hinweis</b>																																																																
	<b>Finanzielle Leistungen können grundsätzlich nur dann bewilligt werden, wenn ein entsprechender Antrag vor Vertragsabschluss (Arbeits-/Dienstvertrag) gestellt wird. Ist ein Reha-Träger zuständig, wird der Antrag weitergeleitet.</b>																																																																
<b>B</b>	<b>Persönliche Angaben</b>																																																																
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Name, Vorname</td> <td>Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift</td> </tr> <tr> <td>Landkreis</td> <td>Telefon (tagsüber, freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">IBAN <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>C</b></td> <td><b>Allgemeine Angaben zur Behinderung</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td> <p>Ich bin</p> <p><input type="checkbox"/> schwerbehindert</p> <p><input type="checkbox"/> gleichgestellt</p> <p>Aktenzeichen der Anerkennung</p> <p>_____</p> <p>Die Behinderung beruht auf</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung</td> <td><input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung</td> <td><input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Internierung</td> <td><input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einem Impfschaden</td> <td><input type="checkbox"/> einer Krankheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Gewalttat</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table> <p style="color: magenta; margin-top: 10px;">➡ Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit in <b>Kopie</b> beifügen.</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td><b>Angaben zum Beruf</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td> <p>Ich bin</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in   <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter   <input type="checkbox"/> Selbständige/r   <input type="checkbox"/> Rentner/in</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Anschrift des Arbeitgebers mit Telefonnummer</td> <td style="width: 20%;">Wochenarbeitszeit (Std)</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift		Landkreis	Telefon (tagsüber, freiwillige Angabe)	IBAN <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																						<b>C</b>	<b>Allgemeine Angaben zur Behinderung</b>		<p>Ich bin</p> <p><input type="checkbox"/> schwerbehindert</p> <p><input type="checkbox"/> gleichgestellt</p> <p>Aktenzeichen der Anerkennung</p> <p>_____</p> <p>Die Behinderung beruht auf</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung</td> <td><input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung</td> <td><input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Internierung</td> <td><input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einem Impfschaden</td> <td><input type="checkbox"/> einer Krankheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Gewalttat</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table> <p style="color: magenta; margin-top: 10px;">➡ Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit in <b>Kopie</b> beifügen.</p>	<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"/> _____	<b>D</b>	<b>Angaben zum Beruf</b>		<p>Ich bin</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in   <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter   <input type="checkbox"/> Selbständige/r   <input type="checkbox"/> Rentner/in</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Anschrift des Arbeitgebers mit Telefonnummer</td> <td style="width: 20%;">Wochenarbeitszeit (Std)</td> </tr> </table>	Anschrift des Arbeitgebers mit Telefonnummer	Wochenarbeitszeit (Std)
Name, Vorname	Geburtsdatum																																																																
Anschrift																																																																	
Landkreis	Telefon (tagsüber, freiwillige Angabe)																																																																
IBAN <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																																																	
<b>C</b>	<b>Allgemeine Angaben zur Behinderung</b>																																																																
	<p>Ich bin</p> <p><input type="checkbox"/> schwerbehindert</p> <p><input type="checkbox"/> gleichgestellt</p> <p>Aktenzeichen der Anerkennung</p> <p>_____</p> <p>Die Behinderung beruht auf</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung</td> <td><input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung</td> <td><input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Internierung</td> <td><input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einem Impfschaden</td> <td><input type="checkbox"/> einer Krankheit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> einer Gewalttat</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table> <p style="color: magenta; margin-top: 10px;">➡ Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit in <b>Kopie</b> beifügen.</p>	<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"/> 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"/> _____																																																																
<b>D</b>	<b>Angaben zum Beruf</b>																																																																
	<p>Ich bin</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in   <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter   <input type="checkbox"/> Selbständige/r   <input type="checkbox"/> Rentner/in</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Anschrift des Arbeitgebers mit Telefonnummer</td> <td style="width: 20%;">Wochenarbeitszeit (Std)</td> </tr> </table>	Anschrift des Arbeitgebers mit Telefonnummer	Wochenarbeitszeit (Std)																																																														
Anschrift des Arbeitgebers mit Telefonnummer	Wochenarbeitszeit (Std)																																																																

beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit		Arbeitsaufnahme ab
insgesamt berufstätig seit		vorgesehen bei (Firma mit Tel.-Nr.)
arbeitslos seit		
in Umschulung seit		
rentenversichert bei (Anschrift)		
Versicherungs-Nr.		
Bei selbstständiger beruflicher Tätigkeit: ➔ Bitte letzten Einkommensteuerbescheid vorlegen.		

## E Angaben zur beantragten Leistung

Ich beantrage Leistungen zur Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen  
gem. § 185 Abs. 4 SGB IX i.V.m. § 17 Abs. 1a SchwbAV

**Begründung:**

Art, Beginn, Darstellung und Finanzierung der Arbeitsassistenz ➔ (bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht)

Bestehen behinderungsbedingte Einschränkungen bei der Ausübung der Tätigkeit?

ja  nein

Falls ja, welche? ➔ (bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht)

Welchen Assistenzbedarf (vor allem zeitlich) haben Sie für die Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit?

## F Sonstige Angaben

Wann und von welcher Stelle haben Sie zuletzt für den gleichen Zweck Leistungen erhalten?

Name und Anschrift der Dienststelle:

Datum

Aktenzeichen

Haben Sie Anträge auf gleichartige Leistungen, Gewährung von Renten oder ähnlichen Bezügen gestellt, über die noch nicht entschieden ist?

nein

ja, Name und Anschrift der Dienststelle: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

## G 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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Hinweise zum Datenschutz für Arbeitnehmer – Leistungen der Begleitenden Hilfe 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. Wir werden zudem Daten aus dem Schwerbehinderten – Feststellungsverfahren beim Versorgungsamt im erforderlichen Umfang nutzen. 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 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 Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzschränken**. 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 an Arbeitnehmer

### Aktenzeichen:

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

Ihr Arbeitnehmer/Ihre Arbeitnehmerin hat Leistungen beim Inklusionsamt beantragt. Für diesen Antrag werden folgende Angaben benötigt: Ihr Firmenname, Ihre Firmenanschrift sowie Ihre betriebliche Telefonnummer. Ihr Arbeitnehmer/Ihre Arbeitnehmerin 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 - 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.

**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 einer 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 **einzschränken**. 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.**