

Stadt Detmold
Fachbereich 4
Fachgebiet Soziale Dienste, Förderung von Wohlfahrtspflege und Teilhabe
Fachstelle für Menschen mit Behinderung im Beruf
z. Hd. Frau Disse
Wittekindstraße 7
32758 Detmold

Antrag auf Gewährung eines Zuschusses aus Mitteln der Ausgleichsabgabe zur behindertengerechten Gestaltung eines Arbeitsplatzes (§ 26 SchwbAV)

1. Antragsteller/Angaben zum Arbeitgeber

(unbedingt angeben)

Betriebsname, Rechtsform		Betriebs-Nr. des Arbeitsamtes / / / / / / / / / / / /	
Straße		Ort	
Wirtschaftszweig	Arbeitsplätze (Stand z.Zt.)	Schwerbehinderte und gleichgestellte MitarbeiterInnen	
Ansprechpartner/in bei Rückfragen		Telefon	
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen		Telefon	
Betriebs-/Personalratsvorsitzende/r:		Telefon	
Geltender Tarifvertrag		Betriebliche Wochenarbeitszeit	

2. Mensch mit Behinderung

Name, Vorname	Geburtsdatum	Grad der Behinderung	Einstellungsdatum
Straße, PLZ, Wohnort			
Tätigkeit des Menschen mit Behinderung	Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung mit _____ Std./Woche	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____
Es handelt sich dabei um <input type="checkbox"/> den bisherigen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen anderen vorhandenen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen neu zu schaffenden Arbeitsplatz			
Vergütung des behinderten Menschen			
Tarifliche Lohn- bzw. Gehaltsgruppe			

3. Maßnahme

Was soll beschafft werden? (bitte Kostenvoranschläge beifügen)	Kosten in Euro (ohne MWSt.)
Sonstige Kosten (z.B. Fremdarbeiten, eigene Material- und Lohnkosten)	
Gesamt:	

Sind der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung beteiligt? ja nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? ja nein

Erhalten Sie von einer anderen Stelle (z.B. Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung) Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung dieses behinderten Menschen?

ja nein

ja, und zwar von _____ €

Bitte fügen Sie ggf. eine Kopie des Bewilligungsbescheides bei!

Begründung des Antrags:

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag Kopien des Schwerbehindertenausweises bzw. des Gleichstellungsbescheides sowie des aktuellen Feststellungsbescheides der Behinderung bei!

Überweisungen werden auf folgendes Konto erbeten:

IBAN	BIC
Bankname:	

Ich versichere, dass mir die geltenden Regelungen des Mindestlohngesetzes (MiLoG) bekannt sind und auf das Beschäftigungsverhältnis mit dem/den im Antrag genannten Menschen mit Schwerbehinderung angewendet werden. Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – LWL Integrationsamt Westfalen - erforderlich sind und zum Teil erfasst, verarbeitet und gespeichert werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 14.01.2003 in der jeweils gültigen Fassung). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff SGB X.

Ort, Datum

Firmenstempel, Unterschrift