

Name und Anschrift des Betriebes/Betriebsteiles, in welchem der schwerbehinderte/gleichgestellte behinderte Arbeitnehmer beschäftigt wird	Ansprechpartner
	Telefon
	Betriebsnummer der Agentur für Arbeit

Kommunaler Sozialverband Sachsen
 Außenstelle Chemnitz
 - Integrationsamt -
 Reichsstraße 3
 09112 Chemnitz

Sachbearbeiter
 Zimmer

Telefon 0371 577-

Aktenzeichen des Amtes (bitte stets angeben, soweit bekannt)

Antragseingang

Antrag auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach dem Schwerbehindertenrecht des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

- Neuschaffung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen für schwerbehinderte/gleichgestellte behinderte Menschen (§ 77 Abs. 5 S. 1 i. V. m. § 15 SchwbAV)
- behindertengerechten Ausstattung vorhandener Arbeitsplätze (§ 102 SGB IX i. V. m. § 26 SchwbAV)

Angaben zum Arbeitgeber

ggf. Name des Hauptbetriebes	
Wirtschaftszweig	

	Insgesamt	ggf. im Zweigbetrieb
Gesamtzahl der Arbeitsplätze (ohne Auszubildende) im Antragsmonat		
davon z. Z. mit schwerbehinderten/gleichgestellten behinderten Arbeitnehmern und Auszubildenden belegte Arbeitsplätze einschl. Mehrfachanrechnung		

Schwerbehindertenvertretung, Telefon	
Betriebs-/Personalratsvorsitzender, Telefon	
Betriebsarzt, Telefon	

Sind von dritter Seite Leistungen zur finanziellen oder materiellen Unterstützung vorgesehen, beantragt, bewilligt oder werden solche bereits erbracht?
(z. B. im Rahmen von Förderprogrammen der Europäischen Union und der Wirtschaftsförderung, des Bundes, des Landes Sachsen, der Kommunen, der Sächsischen Aufbaubank, der Kreditbank für Wiederaufbau, der Agentur für Arbeit usw. zur Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur, zur Unterstützung mittelständischer Unternehmen, zur Unterstützung von Existenzgründungen, im Rahmen arbeitsmarktpolitischer Hilfen, zur Aus- und Fortbildung...)

- nein
 ja, für

Erklärung

- Ich/Wir versicher(n), die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Folgen wissentlich falscher Erklärungen sind mir/uns bewusst. Es ist mir/uns bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung durch vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte unrichtige Angaben erwirkt worden ist.
- Ich bin mit der Weitergabe einer Kopie der Entscheidung an den schwerbehinderten/gleichgestellten behinderten Arbeitnehmer und mit einer Unterrichtung der Schwerbehindertenvertretung sowie ggf. der zuständigen Agentur für Arbeit einverstanden.

Hinweis zum Datenschutz

- Ich nehme zur Kenntnis, dass
- die Auskünfte und Unterlagen, die das Integrationsamt 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 Integrationsamtes oder des anderen Leistungsträgers erforderlich ist (§ 69 Abs. 1, § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).
 - ich dieser Datenübermittlung jederzeit widersprechen kann.
 - die Daten elektronisch gespeichert werden.

Ort/Datum

Name/Unterschrift/Firmenstempel

Kenntnisnahme durch die Schwerbehindertenvertretung

Ort/Datum

Unterschrift der Schwerbehindertenvertretung