

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

Sachbearbeiter  
 Zimmer  
  
 Telefon 0371 577-

**Aktenzeichen** (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)**

- technische Arbeitshilfen (§ 102 SGB IX i. V. m. § 19 SchwbAV)**
- zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten  
 (§ 102 SGB IX i. V. m. § 24 SchwbAV)**

**persönliche Angaben zum schwerbehinderten/gleichgestellten behinderten Menschen**

Name, Vorname		Geburtsname	Geburtsdatum	Telefon (dienstlich)
Anschrift				Rentenversicherung bei <input type="checkbox"/> DRV <input type="checkbox"/> ..... .....
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderteneigenschaft	Grad der Behinderung		Sozialversicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> Gleichstellung	Unfallversicherung		Krankenversicherung	
Behinderungsursache				
<input type="checkbox"/> angeborene Gesundheitsstörung	<input type="checkbox"/> Erkrankung	<input type="checkbox"/> sonstige Ursache, und zwar:		
<input type="checkbox"/> Arbeits-, Dienstunfall einschl. Wegeunfall, Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden			
<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall				
Bestehen auf Grund der gesundheitlichen Beeinträchtigung Ansprüche gegen Dritte?				
<input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja, gegen				
Fügen Sie bitte eine Kopie des Ausweises für schwerbehinderte Menschen, des Gleichstellungsbescheides oder der Antragseingangsbestätigung zum Anerkennungsverfahren bei.				

### zur beruflichen Situation

Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> als Arbeiter <input type="checkbox"/> als Angestellte <input type="checkbox"/> als Beamter <input type="checkbox"/> im Hinzuverdienst <input type="checkbox"/> sonstiges		
Betriebszugehörigkeit seit	ausgeübte Tätigkeit	seit
durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	Arbeitstage pro Woche	erlernter Beruf

### Angaben zum Arbeitgeber/Unternehmen

Name und Anschrift des Betriebes/Betriebsteiles	
ggf. Name des Hauptbetriebes	
Ansprechpartner beim Arbeitgeber, Telefon	
Schwerbehindertenvertreter, Telefon	
Betriebs-/Personalratsvorsitzender, Telefon	

### Angaben zur beantragten Förderung

Dieser Bereich gliedert sich in **1. Leistungen für technische Arbeitshilfen** und

**2. Hilfen zur Teilnahme an beruflichen Bildungsmaßnahmen.**

Beantworten Sie im Folgenden bitte die für Ihren Antrag maßgeblichen Fragen und begründen Sie Ihre Aussagen.

Sollte der im Formular vorgesehene Platz nicht ausreichen, führen Sie Ihre Ausführungen bitte auf einem neutralen Blatt fort.

#### **Allgemeines**

Welche Funktions- bzw. Leistungseinschränkungen bestehen im Zusammenhang mit der Arbeit?

#### **1. zu technischen Arbeitshilfen**

Wurden Umsetzungsmöglichkeiten geprüft?

nein

ja, welche?

Welche technischen Arbeitshilfen sind erforderlich?

## **2. zu beruflichen Bildungsmaßnahmen**

Wozu ist die Bildungsmaßnahme erforderlich?

Welche Kosten im Zusammenhang mit der Bildungsmaßnahme sollen übernommen werden?

Wie hoch ist der finanzielle Aufwand für die Maßnahme?

### **Erklärung**

Sind von dritter Seite für denselben Zweck Leistungen vorgesehen, beantragt, bewilligt oder erbracht worden (z. B. im Rahmen von Förderprogrammen der Europäischen Union, des Bundes, des Landes Sachsen, der Kommunen, der Agentur für Arbeit, der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung usw.)?

- nein  
 ja, für

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Folgen wissentlich falscher Erklärungen sind mir bewusst. Es ist mir 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 Arbeitgeber und mit der 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

Unterschrift