

Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe aus der Ausgleichsabgabe

Kreis Minden-Lübbecke
- Sozialamt/Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf -
z.H. Herrn Wiese
Postfach 2580

32382 Minden

1. Antragsteller/in / Angaben zum Arbeitgeber

Betriebsname, Rechtsform	(unbedingt angeben) Ihre Betriebs-Nr. (können Sie bei der Agentur für Arbeit erfragen): / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
Straße, PLZ, Ort	Telefon: Telefax:
Wirtschaftszweig:	
Anzahl der aktuell beschäftigten anrechenbaren Menschen mit Schwerbehinderung und gleichgestellten Menschen gemäß §§ 154 ff. SGB IX:	Anrechenbare Arbeitsplätze gemäß §§ 154 ff. SGB IX insgesamt (Stand zurzeit):
Ansprechpartner/in bei Rückfragen:	Telefon:
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:	Telefon:
Betriebsratsvorsitzende/r:	Telefon:
Geltender Tarifvertrag:	

2. Behinderter Mensch

(wenn mehr als eine Person betroffen ist, bitte besondere Aufstellung als Anlage)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung:	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:			
Tätigkeit des behinderten Menschen:	☐ Vollzeitbeschäftigung ☐ Teilzeitbeschäftigung mit _____ Std/Woche		
Berufsausbildung:			
Es handelt sich dabei um ☐ den bisherigen Arbeitsplatz ☐ einen anderen vorhandenen Arbeitsplatz ☐ einen neu zu schaffenden Arbeitsplatz			

3. Maßnahme(n)

Was soll beschafft werden? (bitte Kostenvoranschläge beifügen)	Kosten in EURO (<u>ohne</u> MwSt.)
Sonstiger Aufwand (zum Beispiel Fremdarbeiten, eigene Material- und Lohnkosten - Angebote, Nachweise oder ähnliches bitte beifügen)	
Gesamt	

Wurde der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung beteiligt?

☐ ja

☐ nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

☐ ja

☐ nein

Erhalten Sie / Beantragen Sie von anderer Stelle (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Amt für Wirtschaftsförderung) Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung dieses behinderten Menschen?

☐ nein

☐ ja, und zwar von _____ EURO

Weitere Angaben und Begründung des Antrages:

Überweisungen erbitte ich auf folgendes Konto (IBAN):

bei der

BIC

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 Kreises Minden-Lübbecke -Sozialamt/Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf- 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