

Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Neuschaffung bzw. behinderungsgerechten Gestaltung eines Arbeitsplatzes gemäß §§ 15 bzw. 26 SchwbAV

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- LWL-Inklusionsamt Arbeit -
48133 Münster**

Az. des LWL-Inklusionsamts Arbeit
(soweit bekannt)
61L- _____

1. Antragsteller/in / Arbeitgeber/in

| | |
|--|---|
| Betriebsname, Rechtsform | (unbedingt angeben) Ihre Betriebs-Nr. (können Sie bei der Agentur für Arbeit erfragen): |
| Straße: PLZ, Ort: | Telefon: Telefax: E-Mail: |
| 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: E-Mail: |
| Vertrauensperson der Menschen mit Behinderung: | Telefon: E-Mail: |
| Betriebsratsvorsitzende/r: | Telefon: E-Mail: |
| Geltender Tarifvertrag: | Betriebliche Wochenarbeitszeit: |

**2. Mensch mit Behinderung
(wenn mehr als eine Person betroffen ist, bitte besondere Aufstellung als Anlage)**

| | | | |
|---|--|-----------------------|--------------------|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: | Grad der Behinderung: | Einstellungsdatum: |
| Straße, PLZ, Ort: | | | |
| Tätigkeit des Menschen mit Behinderung: | <input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung mit _____ Std./Woche <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis: | | |
| Betriebsstätte: | | | |
| Berufsausbildung: | | | |

3. Maßnahme

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| Es handelt sich dabei um den des/der Menschen mit Behinderung. | <input type="checkbox"/> bisherigen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen anderen vorhandenen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen neu zu schaffenden Arbeitsplatz | |
| Folgende Maßnahmen/Investitionen sind im Zusammenhang mit der Einstellung/Beschäftigung des Menschen mit Behinderung geplant (bitte Kostenvoranschläge beifügen): | | Kosten in € (ohne MwSt.) |
| Sonstiger Aufwand, z. B. Fremdarbeiten, eigene Material- und Lohnkosten (bitte Angebote, Nachweise o. ä. beifügen): | | |
| Gesamt: | | € |

Wurden der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung beteiligt? ja nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? ja nein

Beantragen / Erhalten Sie von anderer Stelle (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung) Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung dieses Menschen mit Behinderung?

nein

ja, und zwar von _____ €

Bitte fügen Sie ggf. eine Kopie des Bewilligungsbescheides bei!

Begründung des Antrages:

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag Kopien des Schwerbehindertenausweises bzw. des Gleichstellungsbescheides sowie des Arbeitsvertrages bei!

Ich versichere, dass mir die geltenden Regelungen des Mindestlohngesetzes (MiLoG) bekannt sind und auf das Beschäftigungsverhältnis mit dem/den im Antrag genannten Menschen mit Behinderung angewendet werden. Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe – LWL-Inklusionsamt Arbeit – 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