Datum, _____

Fachstelle für behinderte Menschen im
Arbeitsleben
Goetheplatz 1 – 4
51379 Leverkusen

ANTRAG AUF FINANZIELLE HILFE AUS MITTELN DER AUSGLEICHSABGABE

Angaben zum Arbeitgeber

Firmenname, Anschrift, ☎ (Ortsnetz/Ruf-Nr.)		Der Arbeitsagentur gemeldete jahres-durchschnittliche Be-schäftigungsquote:
Beschäftigte insgesamt	Zahl der Schwerbehinderten	
Beauftragte bzw. Beauftragter des Arbeitgebers (Name)	Betriebs-/Personalratsvorsitzende bzw. Betriebs-/Personalrats- vorsitzender (Name)	
Schwerbehindertenvertretung (Name)	Zuständige Kontaktperson (Name, Rufnummer, E-Mail)	
Bankverbindung bei	IBAN	BIC

Angaben zur Person des schwerbehinderten Menschen

→ falls Raum nicht ausreicht, bitte Beiblatt beifügen

Name, Vorname	Geburtsdatum
Firmenzugehörigkeit seit	Rentenversicherungsnummer/Rententräger
ggf. med. Reha-Maßnahme ❑ nein ❑ ja Datum:	Kostenträger dieser Maßnahme
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? (Bitte ggf. Berufsgenossenschaft angeben)	Ja ❑ Datum: Aktenzeichen: Nein ❑
❑ Arbeiter/Arbeiterin ❑ Angestellte/Angestellter ❑ Beamtin/Beamter ❑ Auszubildende/r ❑ Selbständige/r	Liegt eine Zusage für Leistungen der **Teilhabe am Arbeitsleben** (z. B. Berufliche Rehabilitation) vor? ❑ ja, Träger:_____ ❑ nein
Grad der Behinderung (GdB)	Kennzeichen im Ausweis (z.B. H.G. aG, BN)

Angaben zum Arbeitsplatz

Der schwerbehinderte Mensch führte bisher folgende Tätigkeiten beim Arbeitgeber durch:
Der schwerbehinderte Mensch soll folgende Tätigkeiten verrichten:
Folgende Arbeitshilfen werden zur Förderung beantragt: **(soweit bekannt; Bildprospekt, Angebot, Kostenaufstellung, Bauzeichnung etc. bitte als Anlage beifügen)**
Kosten laut Kostenvoranschlag:

Folgende Unterlagen sind für die Bearbeitung notwendig und liegen diesem Antrag bei:

- Kopie des Feststellungsbescheides zur Schwerbehinderung
  (Bitte veranlassen Sie Ihre schwerbehinderte Arbeiternehmerin / Ihren schwerbehinderten Arbeitnehmer, den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes in Kopie direkt der örtlichen Fachstelle zu kommen zu lassen)
- Kopie des Schwerbehindertenausweises
- Kopie Gleichstellungsbescheid (bei GdB 30 bzw. 40)
- zwei Kostenvoranschläge verschiedener Anbieter zu den beantragten Mitteln
- Kopie Arbeitsvertrag

Ich versichere **die Richtigkeit und Vollständigkeit** meiner Angaben. _____ _____ Ort**, Datum** Firmen- / Dienststempel, _____ _____ Name Unterschrift	**Vorsteuerabzugs-berechtigt** ❑ ja ❑ nein