



Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten einer behinderungsbedingten notwendigen Arbeitsassistenz

Leistung für Arbeitnehmende

Erstantrag/Folgeantrag

1. Angaben zur Person

Anrede:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Grad der Behinderung: _____

Wurde ein Antrag auf (Neu-)Feststellung eine Schwerbehinderung gestellt?

Ja, am _____

Nein

Wurde ein Antrag auf Gleichstellung bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt?

Ja, am _____

Nein

Rentenversicherungsnummer – Bitte immer angeben: _____

Beschäftigt im Unternehmen/Behörde seit dem: _____

Aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____

Die wöchentliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche beträgt: _____

Das monatliche Bruttoeinkommen in Euro pro Monat beträgt: _____

2. Angaben zum möglichen Rehabilitierungsträger

Ich bin

Ursache der Behinderung

Ist während der Arbeitsassistenz eine Pflegeassistenz erforderlich?

Ja

Nein

3. Angaben zum Unternehmen/ Behörde

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Beschäftigungsstelle

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Folgende Person kann Auskünfte zur Arbeitsorganisation und Bestätigung der Notwendigkeit der beantragten Assistenzleistungen am Arbeitsplatz geben (z.B. direkter Vorgesetzter)

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

4. beantragter Bedarf

Bitte geben Sie in der Tabelle alle Ihre Arbeitsaufgaben und den jeweiligen prozentuellen Anteil der Aufgabe an. Geben Sie an, welche Form der Assistenzleistung Sie brauchen.

(Beispiele: Vorlesekraft oder Kommunikationsassistentin oder Gebärdensprachdolmetscher oder Handreichungen ...) Wie viele Minuten pro Tag oder pro Woche benötigen Sie die Assistenz?

Arbeitsaufgaben	Zeitanteil in %	Form der Assistenzleistung	Aufwand in Minuten pro Tag	Aufwand in Minuten pro Woche

Gesamt:

5. Beigefügte notwendige Unterlagen

Es wurden folgende Unterlagen dem Antrag beigelegt:

(Personenbezogene Unterlagen bitte in einem verschlossenen Umschlag beilegen)

Für Erstantrag erforderlich

- Kopie des Feststellungsbescheides der Behinderung vom Versorgungsamt und
- Kopie des Schwerbehindertenausweises (beidseitig)
- ggf. Kopie des Gleichstellungsbescheides (bei GdB 30 – 40)
- Kopie Arbeitsvertrag (ggf. mit aktuellen Änderungen) / Ernennungsurkunde
- Vertrag mit der Assistenzkraft (wenn bereits abgeschlossen)
- Einkommensnachweis (Gehaltsabrechnung)
- Kopie Kostenübernahme für Pflegeassistenz während der Arbeitszeit vom Sozialamt
- außerdem: _____

Für Weiterbewilligungen erforderlich

- Aktueller Einkommensnachweis (Gehaltsabrechnung)
- ggf. veränderte Angaben in den Unterlagen zum Erstantrag

Erklärungen

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Nicht ausgefüllte oder durchgestrichene Rubriken gelten als Verneinung.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der in diesem Antrag einschließlich in den Antragsunterlagen enthaltenen Angaben unverzüglich dem Inklusionsamt mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge ähnlicher Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrags gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige bzw. unvollständige Angaben mache.

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

7. Bestätigung des Arbeitgebenden zum Einsatz einer Arbeitsassistentz

Schwerbehinderte Angestellte oder Beamte können nicht ohne Einverständnis des Arbeitgebenden oder Dienstherrn betriebsfremden Personen den Zugang zum Unternehmen/zur Dienststelle und den Zugriff auf Unterlagen ermöglichen. Deshalb wird der Arbeitgeber rechtzeitig beteiligt.

Hinweis: ohne diese Bestätigung ist eine Bewilligung der finanziellen Mittel für eine Arbeitsassistentz nicht möglich.

_____ hat mich von der Antragstellung unterrichtet.
Ich bin mit dem Einsatz einer betriebsfremden Arbeitsassistentz einverstanden.

Datum

Unterschrift
Name, Funktion