



## 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
- Einschätzungsbogen
- 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)
- Aktueller Einschätzungsbogen
- ggf. veränderte Angaben in den Unterlagen zum Erstantrag

## 6. 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 Integrationsamt 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