

LWL-Budget für Arbeit

Antrag auf finanzielle Hilfe beim LWL-Inklusionsamt Arbeit

Angaben zum Antragsteller/ zur Antragstellerin			
Name, Vorname:	Grad der Behinderung:	Geburtsdatum:	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:			
Gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, Name, Anschrift:			
Antragsstellerin/Antragssteller geschäftsfähig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Einwilligungsvorbehalt der Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<i>Bitte die Bestellungsurkunde beifügen!</i>			
Erklärung			
<input checked="" type="checkbox"/> Hiermit beantrage ich das Budget für Arbeit gem. § 61 SGB IX.			
<input checked="" type="checkbox"/> Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auszahlung des LWL-Budgets für Arbeit gem. § 61 Abs. 2 SGB IX direkt durch das LWL- Inklusionsamt Arbeit und an meinen Arbeitgeber erfolgt und er zu Informationszwecken eine Kopie des Bewilligungsbescheides erhält.			
<p>Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner o.a. Angaben. Ich bin mir darüber im Klaren, dass das LWL-Inklusionsamt Arbeit einen evtl. Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise, auch mit Wirkung für die Vergangenheit zurücknehmen und mich zur Erstattung bereits erbrachter Leistungen auffordern kann, wenn der Bewilligungsbescheid durch arglistige Täuschung erwirkt wurde oder wenn er auf Angaben beruht, die ich grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht habe.</p> <p>Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes 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.</p>			

Ort, Datum

Unterschrift

LWL-Budget für Arbeit

Anlage zum Antrag auf finanzielle Hilfe beim LWL-Inklusionsamt Arbeit

Angaben zum Arbeitgeber		
Firmenname, Rechtsform:		Wirtschaftszweig:
Straße, PLZ, Ort:		Telefon: E-Mail:
Betriebs-Nr. (Auskunft Agentur für Arbeit):	Arbeitsplätze insgesamt:	davon mit schwerbehinderten / gleichgestellten Personen besetzt:
Ansprechperson bei Rückfragen:		Telefon: E-Mail:
Name der Bank:	IBAN:	BIC:
Angaben zum Arbeitsplatz der/des Beschäftigten mit Behinderung		
wöchentliche Arbeitszeit einer Vollzeitkraft:	wöchentliche Arbeitszeit des/der Beschäftigten:	Geltender Tarifvertrag:
Beschäftigt als:	Arbeitsvertrag: <input type="checkbox"/> befristet bis: <input type="checkbox"/> unbefristet	
Angaben zu weiteren Fördermitteln		
Werden weitere Zuschüsse, z. B. von der Agentur für Arbeit gezahlt? (bitte ggf. Bescheid beifügen)		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für die Zeit von _____ bis _____ in Höhe von _____ (% / mtl.) durch: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> die Arbeitsagentur nach SGB III oder SGB IX <input type="checkbox"/> den Träger der Grundsicherung nach SGB II <input type="checkbox"/> andere Träger <input type="checkbox"/> noch nicht bekannt 		
<p>Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner o.a. Angaben. Ich bin mir darüber im Klaren, dass LWL-Inklusionsamt Arbeit einen evtl. Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise, auch mit Wirkung für die Vergangenheit zurücknehmen und zur Erstattung bereits erbrachter Leistungen auffordern kann, wenn der Bewilligungsbescheid durch arglistige Täuschung erwirkt wurde oder, wenn er auf Angaben beruht, die grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht wurden.</p> <p>Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes 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.</p>		

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel, Arbeitgeber

Formular drucken