

## Antrag des Menschen mit Behinderung auf finanzielle Hilfe beim LWL-Inklusionsamt Arbeit

Angaben zum Antragsteller / zur Antragstellerin		
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung:
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort):	Telefon:	
	Beruf:	
Beschäftigt als:		seit:
Gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, Name und Anschrift:		
Antragstellerin/Antragsteller geschäftsfähig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Einwilligungsvorbehalt der Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<i>Bitte die Bestellsurkunde beifügen!</i>		
Angaben zum Arbeitgeber / Praktikumsplatz / Anbieter		
Firmenname, Rechtsform, Anschrift, Telefonnummer der zuständigen Kontaktperson (ggf. E-Mail-Adresse):		
Angaben zur beantragten Förderung		
Was wird beantragt / Zielsetzung?		
Höhe der beantragten Kosten (Kostenvoranschlag beifügen):		
Eigenbeteiligung / Beteiligung Dritter an den Kosten:		
Abtretungserklärung		
<input type="checkbox"/> Ja, hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Abrechnung dieses Budgets direkt zwischen dem LWL- Inklusionsamt Arbeit und _____ und _____ erfolgen kann.		
<input type="checkbox"/> Nein, ich bin nicht damit einverstanden.		
Der Zuschuss soll gezahlt werden an:		
Kontoinhaber (Name, Anschrift):	Name der Bank:	
	IBAN:	BIC:
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. Ich versichere, dass mir die geltenden Regelungen des Mindestlohngesetzes (MiLoG) bekannt sind und auf das Beschäftigungsverhältnis mit dem im Antrag genannten Menschen mit Schwerbehinderung angewendet werden. 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.		

Ort, Datum

Unterschrift

Formular drucken