

LWL-Inklusionsamt Arbeit

48133 Münster

**Antrag auf Gewährung von
Arbeitsassistenz - § 185 Abs. 5 Sozialge-
setzbuch Neuntes Buch (SGB IX)**

Folgeantrag Dolmetschleistungen

Aktenzeichen:

61L- _____

Wichtiger Hinweis:

Finanzielle Leistungen können frühestens ab dem Monat bewilligt werden, in dem der Antrag beim LWL eingeht.

Hinweise:

- Zutreffendes bitte ankreuzen
- Sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht, bitte ein gesondertes Blatt verwenden

1. Angaben zur antragstellenden Person (Assistenznehmer:in)

Name, Vorname	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	tagsüber telefonisch erreichbar:
	E-Mail:

2. Allgemeine Angaben zur Behinderung

<input type="checkbox"/> schwerbehindert <input type="checkbox"/> gleichgestellt Grad der Behinderung (GdB): _____	Bitte den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes o. a. Behörden und den Schwerbehindertenausweis bzw. den Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen.
Ursachen der Behinderung	
<input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Gewalttat <input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung <input type="checkbox"/> ärztlicher Kunstfehler	<input type="checkbox"/> Arbeits- oder Dienstunfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Unfall durch Fremdverschulden <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Aufgrund der Ursache der Behinderung habe ich Ansprüche gegenüber (Name, Anschrift, Aktenzeichen der Behörde o. ä.) _____	

3. Angaben zum Umfang der benötigten Arbeitsassistenz/Dolmetschleistungen

Ich benötige im Rahmen meiner Arbeitstätigkeit voraussichtlich durchschnittlich _____ Stunden im Monat an Dolmetschleistungen.

4. Allgemeine Angaben zur Behinderung

4.1 Abhängiges Beschäftigungsverhältnis (bei Selbstständigkeit bitte Ziffer 3.2 ausfüllen) Ich bin: <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer:in <input type="checkbox"/> Auszubildende:r <input type="checkbox"/> Praktikant:in Bitte als Arbeitnehmer:in einen aktuellen Beschäftigungsnachweis des/der Arbeitgebers:in mit Angabe der Wochenarbeitszeit beifügen. <input type="checkbox"/> Beamter:in <input type="checkbox"/> Richter:in <input type="checkbox"/> Referendar:in, Anwärter:in	
Wochenarbeitszeit (Std.): _____ Arbeitstage pro Woche: _____ Betriebszugehörigkeit seit: _____ Beginn und Art der aktuell ausgeübten Tätigkeit: _____ _____	
Name und Anschrift des/der Arbeitsgebers:in/Dienstherr:in:	Ansprechperson bei der/dem Arbeitgeber:in/Dienstherr:in: Name: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____
Name und Anschrift des Beschäftigungsbetriebes, wenn vom o. g. abweichend:	Ansprechperson beim Beschäftigungsbetrieb: Name: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____
4.2 Selbstständigkeit Name und Anschrift des eigenen Betriebes: _____ _____ Art des Gewerbes/der Branche: _____ Datum der Betriebsgründung/Gewerbeanmeldung (Bitte Kopie der Gewerbeanmeldung beifügen): _____ Durchschnittliche Wochenarbeitszeit (Std.): _____ Arbeitstage pro Woche: _____ Art der aktuell ausgeübten Tätigkeit: _____ Bitte einen aktuellen Einkommensnachweis beifügen (Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides).	

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.

Ort, Datum

Unterschrift