

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: ja nein			
Wenn ja, Name, Anschrift:			
Antragsstellerin/Antragsteller geschäftsfähig: ja nein Einwilligungsvorbehalt der Betreuung: ja nein			
<i>Bitte die Bestellungsurkunde beifügen!</i>			
Erklärung			
<p>Hiermit beantrage ich das Budget für Arbeit gem. § 61 SGB IX.</p> <p>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>			
<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 Arbeitgeber: in

zum Antrag der/des Budgetnehmenden auf Leistungen gem. § 61 SGB IX (Werkstattwechsler:innen)

Angaben zum/zur Arbeitgeber:in		
Name:		Wirtschaftszweig:
Anschrift (Hauptgeschäftsstelle):		IBAN:
Betriebs-Nr. (Auskunft Agentur für Arbeit):	Arbeitsplätze gesamt:	davon mit schwerbehinderten/gleichgestellten Personen besetzt: _____
Ansprechperson für Rückfragen:		Telefon: E-Mail:
Angaben zur/zum Beschäftigten mit Behinderung		
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Beschäftigt als:
Vereinbarte wöchentl. Arbeitszeit: _____	Eingestellt am: _____	Stundenlohn in Euro: Das Arbeitsentgelt entspricht/ist angelehnt an: <input type="checkbox"/> Die Lohn-/Gehaltsgruppe des Tarifvertrages für _____ <input type="checkbox"/> Die Lohn-/Gehaltsgruppe des Haustarifvertrages <input type="checkbox"/> die/der ortsüblichen Entlohnung <input type="checkbox"/> dem aktuell geltenden Mindestlohn
Wöchentl. Vollzeit-Arbeitszeit: _____	Arbeitsvertrag: <input type="checkbox"/> befristet bis: _____ <input type="checkbox"/> unbefristet	
<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 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