

LWL-Inklusionsamt Arbeit

48133 Münster

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

**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

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag, letztes Aktenzeichen: Az.: 61L-_____
-------------------------------------	---

**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 <b>Grad der Behinderung (GdB):</b> _____	<b>Bitte den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes bzw. der zuständigen Stadt-/Kreisverwaltung sowie den Schwerbehindertenausweis bzw. den Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen.</b>
<b>Ursachen der Behinderung</b>	
<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 Dienstudfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Unfall durch Fremdverschulden <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<b>Aufgrund der Ursache der Behinderung habe ich Ansprüche gegenüber</b> (Name, Anschrift, Aktenzeichen der Behörde o. ä.): _____	

**3. Angaben zur Kranken-/Pflegeversicherung**

Ich bin kranken-/pflegeversichert bei (Name, Anschrift): _____	
Pflegegrad: _____	<b>Bitte ggf. Kopie des Bescheides der Pflegeversicherung für Pflegeassistenz während der Arbeitszeit beifügen.</b>

#### 4. Angaben zur Rentenversicherung

<input type="checkbox"/> Ich bin <b>nicht</b> rentenversichert.
<input type="checkbox"/> Ich bin rentenversichert bei (Name, Anschrift, Versichertennummer): _____ _____
Dauer der bisherigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung insgesamt:
<input type="checkbox"/> bis 15 Jahre <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> mehr als 15 Jahre</span>
Ich habe Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beantragt:
<input type="checkbox"/> Ja, am _____ <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>
Ich habe innerhalb der letzten 6 Monate Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten:
<input type="checkbox"/> Ja <b>Bitte Kopie des Bescheides beifügen.</b> <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>
Ich habe Rente beantragt:
<input type="checkbox"/> Ja, am _____ <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>
Ich beziehe Rente:
<input type="checkbox"/> Ja <b>Bitte Kopie der ersten 3 Seiten des Rentenbescheides beifügen.</b> <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>

#### 5. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch andere Rehabilitationsträger (Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger)

Ich habe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei meinem Rehabilitationsträger <b>beantragt</b> .
<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>
Ich habe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von meinem Rehabilitationsträger <b>erhalten</b> .
<input type="checkbox"/> Ja <b>Bitte Kopie des Bescheides beifügen.</b> <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>

#### 6. Angaben zur beruflichen Situation

<b>6.1. Abhängiges Beschäftigungsverhältnis</b> (bei Selbstständigkeit bitte Ziffer 6.2. ausfüllen)	
Ich bin: <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer:in <input type="checkbox"/> Auszubildende:r <input type="checkbox"/> Praktikant:in	
<b>Bitte Kopie des Arbeits-, Ausbildungs- oder Praktikantenvertrages beifügen. Als Arbeitnehmer:in bitte auch einen aktuellen Beschäftigungsnachweis des/der Arbeitgebers:in mit Angabe der Wochenarbeitszeit beifügen.</b>	
<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: _____
<b>Bitte fügen Sie eine Tätigkeitsbeschreibung bei.</b>	
Name und Anschrift des/der Arbeitsgeber:in/Dienstherrn:in:	Ansprechperson bei der/dem Arbeitgeber:in/Dienstherrn:in: <b>Name:</b> _____ <b>Telefon:</b> _____ <b>E-Mail:</b> _____
Name und Anschrift des Beschäftigungsbetriebes, wenn von o. g. Arbeitgeber:in abweichend:	Ansprechperson beim Beschäftigungsbetrieb: <b>Name:</b> _____ <b>Telefon:</b> _____ <b>E-Mail:</b> _____

## 6.2. Selbstständigkeit

Name und Anschrift des eigenen Betriebes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Art des Gewerbes/der Branche: \_\_\_\_\_

Datum der Betriebsgründung/Gewerbeanmeldung (bitte Kopie der Gewerbeanmeldung beifügen): \_\_\_\_\_

Wochenarbeitszeit (Std.): \_\_\_\_\_

Arbeitstage pro Woche: \_\_\_\_\_

Art der aktuell ausgeübten Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie einen aktuellen Einkommensnachweis bei (Kopie des letzten Einkommenssteuerbescheides). Existenzgründer:innen fügen bitte eine Tragfähigkeitsbescheinigung der zuständigen Kammer (z. B. Handwerkskammer, IHK...) bei.**

**Beschreiben Sie bitte auf einem gesonderten Blatt, bei welchen Tätigkeiten Ihres Aufgabenbereiches Sie Arbeitsassistenz benötigen und welchen voraussichtlichen zeitlichen Umfang diese Arbeitsassistenz haben wird. Fügen Sie dem Antrag bitte die in diesem Vordruck jeweils benannten Unterlagen bei.**

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