

Leistungen an Inklusionsbetriebe

Erstmalige Besetzung eines Arbeitsplatzes für eine/n Beschäftigte/n des Personenkreises gem. § 215 SGB IX oder Nachbesetzung eines bisher geförderten Arbeitsplatzes

Antrag auf Anerkennung eines schwerbehinderten Beschäftigten zum Personenkreis gem. § 215 Abs. 1 und 2 SGB IX

Antrag auf Leistungen gem. § 27 SchwbAV (Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen) in Höhe von 30 % des Arbeitnehmer-Bruttogehaltes nach vorherigem Abzug von Leistungen Dritter (sog. bereinigtes Arbeitnehmer-Bruttogehalt) und Antrag auf Leistungen gem. § 217 SGB IX (Abgeltung des Besonderen Aufwandes) in Höhe von mtl. 210,00 Euro

<input type="checkbox"/>	Lfd. monatliche Leistungen für einen neuen zusätzlichen Arbeitsplatz einer Person mit Schwerbehinderung gem. § 215 SGB IX (keine Nachbesetzung)
<input type="checkbox"/>	Nachbesetzung eines bisher geförderten Arbeitsplatzes gem. § 215 SGB IX
Nachbesetzung für Frau/Herrn: _____ Aktenzeichen der Investitionskostenförderung/Bindungsfrist: 61SL-_____	
<input type="checkbox"/>	Weiterbewilligung eines bisher geförderten Arbeitsplatzes gem. § 215 SGB IX
Nachbesetzung für Frau/Herrn: _____ Aktenzeichen der Investitionskostenförderung/Bindungsfrist:61SL-_____	
Handelt es sich hierbei um einen Wechsler aus einer WfbM bzw. WfbM-Alternativfall ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (Für diesen Personenkreis werden Leistungen aus dem LWL-Budget für Arbeit beantragt; Nähere Informationen erhalten Sie auch vom Integrationsfachdienst)	
1. Arbeitgeber/innen:	
Firmenname und Rechtsform:	Wirtschaftszweig:
Anschrift:	Ansprechpartner/in:
Bankverbindung: Name der Bank:	Telefon:
IBAN: DE	Fax:
BIC:	E-Mail:
Arbeitsplätze insgesamt:	davon mit schwerbehinderten/gleichgestellten Personen besetzt:

2. Angaben zur Person mit Behinderung:			
Name, Vorname:		Geb.-Datum:	Grad der Behinderung: v.H.
Einstellungsdatum:	Tätigkeit:		
	Beschäftigungsumfang: _____ Std./Woche:		
	Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____		
	wöchentl. Arbeitszeit einer Vollzeitstelle _____		
Vergütung / Gehalt:		Die Höhe des Arbeitsentgeltes	
Bruttoarbeitsentgelt mtl.. _____ €		<input type="checkbox"/> entspricht / ist angelehnt an Lohn-/Gehaltsgruppe des Tarifvertrages für _____	
		<input type="checkbox"/> entspricht Lohn-/Gehaltsgruppe _____ unserer hausinternen Lohngehaltsregelung	
		<input type="checkbox"/> ist ortsüblich für diese Tätigkeit	
Die Anerkennung zum Personenkreis gem. § 215 Abs. 1 und 2 SGB IX und die o.a. Leistungen werden beantragt ab: (frühestens mit Eingang des Antrages beim LWL-Inklusionsamt Arbeit)			

3. Angaben zur Anleitungs- und Betreuungsperson:	
Die Person mit Behinderung wird fachlich angeleitet von:	
Name, Vorname: _____	
fachl. Qualifikation bzw. Berufsbezeichnung: _____	
Die Person mit Behinderung wird am Arbeitsplatz psychosozial betreut von:	
Name, Vorname: _____	
fachl. Qualifikation bzw. Berufsbezeichnung: _____	
Die Personalkosten der o.a. Personen	<input checked="" type="checkbox"/> werden nicht von anderer Seite bezuschusst <input checked="" type="checkbox"/> werden von anderer Seite bezuschusst (z.B. EGZ, Zuschüsse RV) (bitte Unterlagen zum Antrag beifügen)

Für die Person mit Behinderung erhalten wir bzw. beantragen wir andere öffentliche Zuschüsse:		
Bezeichnung des Zuschusses u. Rechtsgrundlage	Bewilligungsbehörde	Bewilligungszeitraum
Eingliederungszuschuss	Agentur für Arbeit / Jobcenter _____	
	Rentenversicherung _____	
LWL-Budget für Arbeit	LWL-Inklusionsamt Arbeit _____	
_____	_____	_____
(bitte Fotokopien der Bewilligungsbescheide beifügen)		

Wir sind darüber unterrichtet, dass die von uns erbetenden Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – LWL-Inklusionsamt Arbeit – erforderlich sind und gespeichert und verarbeitet werden (Bunddatenschutzgesetz vom 28.08.2002 – in der jeweils gültigen Fassung.) Die Erhebung, Speicherung und Übermittlung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 f. SGB X.

Wir versichern, dass die von uns in diesem Antrag und seinen Anlagen gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen.

(Ort, Datum)

(Firmenstempel/Unterschrift)

Checkliste zum Antrag auf Anerkennung eines schwerbehinderten Beschäftigten zum Personenkreis gem. § 215 Abs. 1 und 2 SGB IX in Inklusionsbetrieben

Bitte reichen Sie alle aufgeführten Unterlagen beim LWL-Inklusionsamt Arbeit ein.

1	Einzureichende Unterlagen:	Erledigungs- vermerk:
1.1	Ausgefüllter und unterzeichneter Antragsvordruck	
1.2	Kopie des von beiden Vertragsparteien unterzeichneten Arbeitsvertrages / Ausbildungsvertrages	
1.3	Kopie des gültigen Schwerbehindertenausweises (beidseitig) oder der Gleichstellung (durch die Arbeitsagentur)	
1.4	Kopie des Feststellungsbescheides, aus dem die Art der Behinderung zu entnehmen ist Bitte nur Bescheide mit Aussagen zu den konkreten Beeinträchtigungen des schwerbehinderten Menschen	
1.5	Lebenslauf des schwerbehinderten Menschen	
1.6	Sozialbericht Beschreiben der nachteiligen Auswirkungen der Behinderung auf das Arbeitsleben und Erläuterungen zum Betreuungsaufwand	
1.7	Bescheid über Leistungen Dritter (z.B. Eingliederungszuschuss der Agentur für Arbeit, Jobcenter, Rehaträger)	
1.8	Aktuelle Lohnabrechnung	
1.9	ggfls. Formular: Bestätigung, dass es sich um einen neuen zusätzlichen Arbeitsplatz für eine schwerbehinderte Person gem. § 215 SGB IX handelt	