

Antrag des Arbeitgebers auf finanzielle Hilfe beim LWL-Inklusionsamt Arbeit

Angaben zum Arbeitgeber			
Firmenname, Rechtsform:		Wirtschaftszweig:	
Straße, PLZ, Ort:		Telefon:	
		Telefax:	
		E-Mail:	
Betriebs-Nr. (kann bei der Agentur für Arbeit erfragt werden):	Arbeitsplätze insgesamt:	davon mit schwerbehinderten / gleichgestellten Personen besetzt:	
Ansprechperson bei Rückfragen:		Telefon:	
		E-Mail:	
Name der Bank:	IBAN:	BIC:	
Angaben zum Menschen mit Behinderung			
Name, Vorname:	Grad der Behinderung:	Geburtsdatum:	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:			
Angaben zum Arbeitsplatz			
wöchentliche Arbeitszeit einer Vollzeitkraft:	wöchentliche Arbeitszeit des Menschen mit Behinderung:	Geltender Tarifvertrag:	
Tätigkeit des Menschen mit Behinderung:		Arbeitsvertrag: <input type="checkbox"/> befristet bis: _____ <input type="checkbox"/> unbefristet	
Hiermit beantragte Leistung: <input type="checkbox"/> Inklusionsprämie (§ 4 LWL-Budget für Arbeit) <input type="checkbox"/> Laufende Leistungen für Werkstatt-Alternativfälle (§ 6 LWL-Budget für Arbeit)		Weitere Angaben und Begründung des Antrags: (bitte ggf. Anlage beifügen)	
Erhalten Sie weitere Zuschüsse, z. B. von der Agentur für Arbeit? (bitte ggf. Bescheid beifügen)			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, für die Zeit von _____ bis _____ in Höhe von _____ (% / mtl.)			
<input type="checkbox"/> der Arbeitsagentur nach SGB III oder SGB			
<input type="checkbox"/> IX des Trägers der Grundsicherung nach			
<input type="checkbox"/> SGB II andere Träger: _____			
<input type="checkbox"/> noch nicht bekannt			
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

Firmenstempel, Unterschrift