

Oberbergischer Kreis
Der Landrat
Amt für Soziale Angelegenheiten
Fürsorgestelle
Moltkestr.42
51643 Gummersbach

Aktenzeichen Fürsorgestelle

Antrag

des Arbeitgebers des schwerbehinderten Menschen

auf finanzielle Hilfe aus Mitteln der Ausgleichsabgabe
§ 102 Absatz 1 und 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

Angaben zum Arbeitgeber

| | | |
|---|---------|---------|
| Firmenname | | |
| Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer) | | |
| Ansprechpartner für diesen Antrag | Telefon | Telefax |
| Betriebsrats- / Personalratsvorsitzender | Telefon | Telefax |
| Schwerbehindertenvertretung | Telefon | Telefax |
| Beauftragter des Arbeitgebers (§ 98 SGB IX) | Telefon | Telefax |

Beschäftigungspflicht von schwerbehinderten Menschen (§ 71 SGB IX)

| | | | | |
|---------------------|------------------|----------------------|-----------------|-----------------------------|
| Beschäftigte gesamt | Schwerbehinderte | Mehrfachanrechnungen | Gleichgestellte | Schwerbehindertenquote in % |
|---------------------|------------------|----------------------|-----------------|-----------------------------|

Angaben zur Person des schwerbehinderten Menschen

| | |
|--|------------------------------------|
| Familienname, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer) | Telefon |
| Läuft zurzeit ein Reha – Verfahren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Kostenträger des Reha – Verfahrens |

Angaben zur Behinderung

Grad der Behinderung (GdB) _____

Merkzeichen

G aG B H BI GI RF

Art der Behinderung (bitte Kopie des Feststellungsbescheides beifügen, aus dem die Art der Behinderung hervorgeht)

Angaben zum Arbeitsplatz

| | | | |
|---------------------|----------------|------------------|---|
| Ausgeübte Tätigkeit | Erlerner Beruf | Beschäftigt seit | Sind für den Arbeitsplatz bereits Fördermittel gewährt worden <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von: |
|---------------------|----------------|------------------|---|

Auswirkung der Behinderung am derzeitigen Arbeitsplatz

Schwierigkeiten, Auswirkungen

Änderungsvorschlag (Angebot, Kostenvoranschlag, Bildprospekt usw. bitte als Anlage beifügen)

Änderungsvorschlag mit Begründung

| | |
|-------------------------|--|
| Kosten (brutto) _____ € | Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|-------------------------|--|

Bankverbindung, auf die der Zuschuss überwiesen werden soll

| | | |
|-------------|-----|----------------|
| Konto - Nr. | BLZ | Kreditinstitut |
|-------------|-----|----------------|

| | |
|--------------|--|
| Kontoinhaber | Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer) |
|--------------|--|

| | | |
|-----|-------|------------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift / Firmenstempel |
|-----|-------|------------------------------|