



OBERBERGISCHER KREIS
DER LANDRAT

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

Familiename, 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
-----	-------	------------------------------