

Datum
Aktenzeichen Integrationsamt/Fürsorgestelle

ANTRAG AUF FINANZIELLE HILFE AUS MITTELN DER AUSGLEICHSABGABE

Angaben zum Arbeitgeber

Firmenname, Anschrift, ☎ (Ortsnetz/Ruf-Nr.)		Betriebsnummer
Beschäftigte insgesamt	Zahl der Schwerbehinderten	
Beauftragte bzw. Beauftragter des Arbeitgebers (Name)	Betriebs-/Personalratsvorsitzende bzw. Betriebs-/Personalratsvorsitzender (Name)	
Schwerbehindertenvertretung (Name)	Zuständige Kontaktperson (Name und Rufnummer)	
Bankverbindung bei (Bank, Sparkasse etc.)	Konto-Nr.	Bankleitzahl

Angaben zur Person des schwerbehinderten Menschen → falls Raum nicht ausreicht, bitte Liste beifügen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Firmenzugehörigkeit seit
---------------	--------------	--------------------------

Angaben zur Behinderung

Grad der Behinderung (GdB)	Kennzeichen a.d. Ausweis (z.B. H.G. aG, BN)
Bitte veranlassen Sie Ihre schwerbehinderte Arbeitnehmerin/Ihren schwerbehinderten Arbeitnehmer, den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes direkt der örtlichen Fürsorgestelle/dem Integrationsamt zukommen zu lassen.	

Angaben zum Arbeitsplatz

bisherige Tätigkeit	künftige Tätigkeit
Auswirkung der Behinderung am derzeitigen Arbeitsplatz	

Änderungsvorschlag mit Begründung → Bildprospekt, Angebot, Kostenaufstellung, Bauzeichnung etc. (bitte als Anlage beifügen).

Kosten

Unterschrift, Firmenstempel	Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------