



An die Zweigstelle  
des Landesamtes für  
Soziales, Jugend und Versorgung  
beim Amt für soziale Angelegenheiten  
– Integrationsamt –

**Antrag auf Leistungen nach dem  
Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch –  
(SGB IX) und der  
Ausgleichsabgabeverordnung  
(SchwbAV)  
Leistungen an Arbeitgeber bei  
außergewöhnlichen Belastungen  
(§ 27 SchwbAV)**

**Wir beantragen die Gewährung eines Zuschusses**

- zum Ausgleich von Minderleistung (Lohnkostenzuschuss)
- zum personellen Betreuungsaufwand

**Angaben zum Arbeitgeber (Antragsteller)**

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Ansprechpartner beim Arbeitgeber (für Rückfragen)

Name

E-Mail

Telefon

Fax

**Betriebs-/Personalrat**  nicht vorhanden

Name

Telefon

**Schwerbehindertenvertretung**  nicht vorhanden

Name

Telefon

Anzahl der im Betrieb Beschäftigten

Anzahl der mit schwerbehinderten Menschen besetzten Arbeitsplätze

**Maßgebliche Betriebsnummer  
bei der Agentur für Arbeit (immer angeben)**

Name und Sitz des Geldinstituts

Kontonummer

Bankleitzahl

## Angaben zum Arbeitnehmer/zur Arbeitnehmerin

Vorname

Grad der Behinderung

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Der betroffene Arbeitnehmer/die betroffene Arbeitnehmerin ist  schwerbehindert  
 gleichgestellt

Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid **in Kopie** beifügen

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist bei uns beschäftigt

seit  mit einer Wochenarbeitszeit von  Stunden

Vollzeit  ja  nein

als  Auszubildende/-r  Arbeiter/-in  Angestellte/-r  Beamter/Beamtin

Die regelmäßige **betriebliche** Wochenarbeitszeit beträgt  Stunden

Die Arbeitsaufnahme ist vorgesehen ab

Ausbildung und  
besondere Fachkenntnisse  
des Arbeitnehmers/  
der Arbeitnehmerin

Tätigkeit des Arbeitnehmers/  
der Arbeitnehmerin  
(Kopie des Arbeitsvertrages  
bitte beifügen)

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet

ja, auf  Plätze

Ist eine ordentliche Kündigung aufgrund gesetzlicher, tariflicher oder vertraglicher Bestimmung ausgeschlossen?

ja  nein

Besteht Anspruch auf Lohnsicherung über den gesetzlichen Lohnfortzahlungszeitraum von

Wochen hinaus?

ja  nein

## Angaben zur beantragten Leistung

Bei der Beschäftigung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin

- bleibt dessen Arbeitsleistung aufgrund seiner/ihrer Behinderung erheblich hinter der Durchschnittsleistung zurück (Minderleistung)

und/oder

- entstehen uns außergewöhnliche Aufwendungen in Form eines zusätzlichen personellen Aufwandes (z.B. Zeitaufwand wegen wiederkehrender Unterweisung/Kosten einer Betreuungskraft)

Begründung (Höhe der Minderleistung in Prozent und Ursachen, Art der personellen Betreuung, Dringlichkeit, voraussichtliche Dauer, durchschnittlicher arbeitstäglich Aufwand – Berechnung bitte erläutern –) ggf. gesondertes Blatt verwenden

Erhält der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin für seine/ihre Tätigkeit das reguläre tarifliche oder, soweit eine solche Regelung nicht besteht oder anwendbar ist, das ortsübliche Arbeitsentgelt? **Bitte Jahresverdienstbescheinigung beifügen und zusätzlich die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung belegen.**

- ja       nein, Grund:

Sofern außergewöhnliche Aufwendungen in Form eines zusätzlichen personellen Aufwandes entstehen

Name/-n der Betreuungsperson/-en	Stellung im Betrieb	regelmäßige tarifliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden	täglicher Zeitaufwand in Minuten	monatliche Bruttolohnkosten zuzüglich Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung in Euro <b>(Belege beifügen)</b>
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>

Ist der Arbeitsplatz bereits behindertengerecht ausgestattet?

- ja       nein, besteht aus Ihrer Sicht diese Notwendigkeit?

Ist eine Umsetzung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin auf einen anderen Arbeitsplatz innerhalb des Betriebes möglich?

- ja       nein

Begründung

Kann die Arbeitsleistung durch Teilnahme an einer Fortbildungsmaßnahme oder durch eine medizinische Maßnahme auf ein zumutbares Maß angehoben werden?

ja       nein

Begründung

### Sonstige Angaben

Wurden bei Begründung des Arbeitsverhältnisses Leistungen von einer anderen Stelle bewilligt oder abgelehnt (Agentur für Arbeit, Rentenversicherung, Unfallversicherung, etc)? – **Bitte Kopie des Bescheides beifügen.**

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige oder ähnliche Leistungen gestellt?

ja       nein

Wenn ja, Name und Anschrift der Stelle, Aktenzeichen

Wurde der Integrationsfachdienst bzw. berufsbegleitende Dienst eingeschaltet?

ja       nein

Wenn ja, Name des Dienstes und des Beraters

Mit welchem Ergebnis wurde die Maßnahme mit der Schwerbehindertenvertretung (SBV) erörtert?

keine SBV gewählt

**Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Nicht ausgefüllte oder durchgestrichene Rubriken gelten als Verneinung. Wir verpflichten uns, jede Änderung in den in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen. Es ist uns bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet wurde.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Dieses Formular können Sie am Bildschirm mit dem Acrobat Reader ausfüllen. Bitte beachten Sie, dass Formulare, die in Acrobat Reader ausgefüllt werden, nicht mit den eingegebenen Daten gespeichert werden können.**