

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-/Personalratsvorsitzender bzw. Betriebs-/Personalratsvorsitzender (Name)	
Schwerbehindertenvertretung (Name)	Zuständige Kontaktperson (Name und Rufnummer)	
Bankverbindung bei (Bank, Sparkasse etc.)	Konto-Nr.	Bankleitzahl

Angaben zur Person des bzw. der Schwerbehinderten

➔ fall Raum nicht ausreicht, bitte Liste beifügen

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

Angaben zur Behinderung

Grad der Behinderung	Kennzeichen a. d. Ausweis (z.BG. H.G. aG, BN)
----------------------	---

Bitte veranlassen Sie Ihre schwerbehinderte Arbeitnehmerin/ Ihren schwerbehinderten Arbeitnehmer, den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes direkt der örtlichen Fürsorgestelle/Hauptfürsorgestelle 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