

Stadt Dortmund
Sozialamt - Behinderte Menschen im Beruf
Hörder Bahnhofstr. 16
44263 Dortmund

Antrag auf einen Zuschuss aus Mitteln der Ausgleichsabgabe

§185 Abs. 3 SGB IX (Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch)

Den Antrag bitte vor Abschluss einer Verpflichtung stellen!

I. Antragsteller*in (Arbeitgeber*in)

Betriebsname, Rechtsform:	
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):	
Email-Adresse:	
Betriebsnummer der Agentur für Arbeit:	Wirtschaftszweig:
Anzahl d. Arbeitsplätze z. Z.:	Anzahl der schwerbehinderten Menschen, Gleichgestellten u.a.:
Ansprechpartner*in bei Rückfragen (Name):	Kontaktdaten Ansprechpartner*in: Telefon: E-Mail:
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen (Name):	Kontaktdaten Vertrauensperson: Telefon: E-Mail:

II. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis und zur Person des schwerbehinderten Menschen, für den die Hilfe beantragt wird

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer*in	<input type="checkbox"/> Beamtin*Beamter	<input type="checkbox"/> selbstständige Tätigkeit
Einstellungsdatum:	<input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung	<input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung mit Std./Woche
Ist das Arbeitsverhältnis befristet oder gekündigt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, das Arbeitsverhältnis endet am		
Erlerner Beruf, Berufsausbildung:		Derzeit ausgeübte Tätigkeit:
Es handelt sich um <input type="checkbox"/> den bisherigen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen anderen vorhandenen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen neu zu schaffenden Arbeitsplatz		

Die Vorschriften des Mindestlohngesetzes werden eingehalten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Arbeitsverträge und/oder Lohnbescheinigungen können von der Fachstelle „Behinderte Menschen im Beruf“ angefordert werden.)	
Name, Vorname:	
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):	
Email-Adresse:	
Geburtsdatum:	Grad der Behinderung:

III. Beantragung einer Leistung / Begründung des Antrages

(Reicht der je vorgesehene Freiraum für Ihre Begründung und Darstellung der Maßnahme nicht aus, nutzen Sie bitte ein gesondertes Beiblatt.)

Kurze Beschreibung der Tätigkeit:
Welche Probleme bestehen am Arbeitsplatz?
Geplante Maßnahme / Was wird beantragt? (Bitte Angebote, Kostenaufstellung, ggf. Bildprospekte beifügen. Bei Maßnahmen über 500 € bitte je drei Kostenvoranschläge!)
Warum ist diese Maßnahme erforderlich? - Zusammenhang mit Behinderung
Wäre das Beschäftigungsverhältnis bzw. die Erwerbsfähigkeit des schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen ohne die beabsichtigten Leistungen konkret gefährdet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Begründung:

Welche Kosten entstehen ausschließlich behinderungsbedingt (ggf. Differenz zur „Standardausstattung“ für eine*n nicht behinderte*n Mitarbeiter*in) - Begründung:

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

Ja

Nein

IV. Nachweis der Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung und weitere Angaben zur Behinderung

Veranlassen Sie bitte, dass der*die betroffene Mitarbeitende zeitnah folgende Unterlagen an die Fachstelle sendet:

- Kopien von Feststellungsbescheid und
- Schwerbehindertenausweis oder Gleichstellungsbescheid sowie
- den ausgefüllten Anlagebogen mit weiteren Angaben zur Behinderung.

Vorher kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Wichtiger Hinweis !!

Ist ohne diese Angaben die Zuständigkeit der Fachstelle nicht innerhalb der 2-Wochenfrist des § 14 Abs. 1 S. 3 SGB IX zu klären, wird der Antrag an einen Rehabilitationsträger weitergeleitet!

V. Erklärung

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben und Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Datum, Unterschrift

Firmenstempel