

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		

<b>Die Vorschriften des Mindestlohngesetzes werden eingehalten:</b> <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