

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

Antrag auf eine Förderung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe

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

Den Antrag bitte vor Abschluss einer vertraglichen Verpflichtung stellen!

I. Antragsteller*in (schwerbehinderter Mensch)

Name, Vorname:	
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):	
Email-Adresse:	Telefon:
Geburtsdatum:	Grad der Behinderung:
Art der Behinderung:	
Ursache der Behinderung (zum Beispiel Verkehrsunfall, Arbeitsunfall):	

II. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Arbeitgeber*in/Name:		Telefon:
Ansprechpartner*in für Rückfragen:		E-Mail:
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):		
<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		

Bitte fügen Sie einen Beschäftigungsnachweis bei (Arbeitsvertrag oder Bescheinigung des Arbeitgebers).

III. Beantragung einer Leistung / Begründung des Antrages

<input type="checkbox"/> Leistung zur Berufsausübung / Beschaffung einer technischen Arbeitshilfe
<input type="checkbox"/> Leistung zum Erreichen des Arbeitsplatzes (Bitte kontaktieren Sie uns, um Einzelheiten zur Antragstellung zu klären!)
<input type="checkbox"/> Leistung zur wirtschaftlichen Selbständigkeit (Bitte kontaktieren Sie uns, um Einzelheiten zur Antragstellung zu klären!)
<input type="checkbox"/> sonstige Maßnahmen

Bei Leistungen zur Berufsausübung / technischer Arbeitshilfe:

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 Ihr Beschäftigungsverhältnis bzw. Ihre Erwerbsfähigkeit ohne die beabsichtigten Leistungen konkret gefährdet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Begründung:
Welche Kosten entstehen ausschließlich behinderungsbedingt? - Begründung:

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

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

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag unbedingt folgende Unterlagen zu:

- Kopie des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes
- Kopie des Schwerbehindertenausweises oder des Gleichstellungsbescheides
- den ausgefüllten Anlagebogen mit weiteren Angaben zur Behinderung.

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