

**Hinweis:**

**Bitte veranlassen Sie Ihre/n schwerbehinderte/n Arbeitnehmer/in, eine Kopie des Feststellungsbescheides des Versorgungsamtes und des Schwerbehindertenausweises direkt der örtlichen Fachstelle zukommen zu lassen.**

**1. Antragsteller/in / Angaben zum Arbeitgeber**

Betriebsname, Rechtsform	<b>(unbedingt angeben)</b> Ihre Betriebs-Nr. (können Sie beim Arbeitsamt erfragen):  / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /		
Straße, PLZ, Ort	Telefon / Telefax		
Wirtschaftszweig:			
Anzahl der Arbeitsplätze	davon Schwerbehinderte	Gleichgestellte	Pflichtplätze
Ansprechpartner/in bei Rückfragen:		Telefon:	
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:		Telefon:	
Betriebsratsvorsitzender / Personalratsvorsitzender:		Telefon:	
Geltender Tarifvertrag:			

**2. Behinderter Mensch (wenn mehr als nur eine Person betroffen ist, bitte besondere Aufstellung als Anlage)**

Name, Vorname	Telefon-Nr.:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung:	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:				
Tätigkeit des behinderten Menschen:		<input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung mit _____ Std./Woche		
Berufsausbildung:				
Es handelt sich dabei um <input type="checkbox"/> den bisherigen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen anderen vorhandenen Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> einen neu zu schaffenden Arbeitsplatz				
Name der Krankenkasse _____				
Name der Rentenversicherung _____				

### 3. Maßnahme

Was soll beschafft werden? (bitte Kostenvoranschläge beifügen)	Kosten in EURO	(ohne MwSt.)
Sonstiger Aufwand (zum Beispiel Fremdarbeiten, eigene Material- und Lohnkosten - Angebote, Nachweise oder Ähnliches beifügen)		
Gesamt		Euro 0,00

Wurde der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung beteiligt?  ja  nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?  ja  nein

Erhalten Sie / Beantragen Sie von anderer Stelle (zum Beispiel Arbeitsamt, Amt für Wirtschaftsförderung) Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung dieses behinderten Menschen?  nein

ja, und zwar von \_\_\_\_\_ EURO

Weitere Angaben und Begründung des Antrages, insbesondere zur Förderungshöhe:  
 (- Welche behinderungsbedingten Nachteile oder Funktionseinschränkungen sollen ausgeglichen werden?  
 - Wird durch die Maßnahme ein Rationalisierungseffekt erzielt?)

Überweisungen erbitte ich auf folgendes Konto:  
 bei der \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe - Integrationsamt - erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.1977 - BGBl. I S. 201 -). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ SGB I, 67 ff. SGB X.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Firmenstempel, Unterschrift