

## Antrag nach dem Teil II - LVR-Budget für Arbeit – Aktion Inklusion

| <b>Angaben zur Person mit Schwerbehinderung</b>  |  |   |             |
|--|--|---|-------------|
| Name, Vorname  | Geburtsdatum   | betriebszugehörig seit                  | Stundenzahl |
| Grad der Behinderung   | <input type="checkbox"/> Gleichstellung nach § 2 Abs.3 SGB IX<br><input type="checkbox"/> Gleichstellung nach § 151 Abs. 4 SGB IX  | Art der Tätigkeit                       |             |
| Status vor Einstellung: <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Werkstatt für Menschen mit Behinderung / anderer Anbieter<br><input type="checkbox"/> arbeitslos von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges |  |   |             |
| <b>Angaben zum Unternehmen</b>   |  |   |             |
| Firmenname, Anschrift, Tel., E-Mail:   |  |   |             |
| falls der <u>Sitz des Arbeitsplatzes</u> vom Firmensitz abweicht, bitte Adresse angeben:   |  |   |             |
| IBAN   |  | BIC                                     |             |
| Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zum Zeitpunkt der Antragstellung*:  |  | Beschäftigungspflicht gem. § 154 SGB IX |             |
| <input type="checkbox"/> ≤ 19 Beschäftigte   | <input type="checkbox"/> 20 bis 249 Beschäftigte   | <input type="checkbox"/> Ja             |             |
| <input type="checkbox"/> mehr als 249 Beschäftigte   | (*ohne Azubi)  | <input type="checkbox"/> Nein           |             |
| Ansprechperson (Name, Tel.-Nr., E-Mail)  |  |   |             |
| <b>Vom <u>Arbeitgeber</u> beantragte Leistungen:</b>   | <b>Vom <u>Menschen mit Behinderung</u> selbst beantragte Leistung:</b>   |   |             |
| <input type="checkbox"/> <b>Einstellungsprämie</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Budgetleistungen</b>   |   |             |
| <input type="checkbox"/> <b>Ausbildungsprämie</b>  | Fördervoraussetzung für Budgetleistungen ist die Beantragung der Leistung innerhalb von <u>sechs Monaten</u> nach Beginn des Arbeitsverhältnisses. Die Beantragung ist unabhängig von Arbeitgeberleistungen. |   |             |
| <input type="checkbox"/> <b>Zuschüsse zu Prüfungsgebühren</b><br><small>§ 26 a SchwbAV - für Auszubildende unter 27 Jahren in Betrieben ohne Beschäftigungspflicht</small>   |  |   |             |
| <input type="checkbox"/> <b>Leistungen gem. § 26 b SchwbAV</b><br><small>für Personen, die für die Dauer der Ausbildung gem. § 151 Abs. 4 SGB IX gleichgestellt sind</small>   | <b>Konkrete Beschreibung der beantragten Leistung:</b>   |   |             |
| <b>Nur für die von einer Person mit Behinderung selbst beantragten Leistungen (Budgetleistungen):</b>  |  |   |             |
| <b>Abtretungserklärung für Budgetleistungen:</b>   |  |   |             |
| <input type="checkbox"/> Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Abrechnung der beantragten Leistung direkt zwischen dem LVR-Integrationsamt und dem Anbieter _____ erfolgen kann.  |  |   |             |
| Kontoinhaber   | IBAN   | BIC                                     |             |
| <b>Fördervoraussetzung für Einstellungs- und Ausbildungsprämien ist die Beantragung der Leistung innerhalb von <u>drei Monaten</u> nach Beginn des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses.</b>   |  |   |             |
| Ich bestätige, dass mir die geltenden Regelungen des Mindestlohngesetzes (MiLoG) bekannt sind und auf das Beschäftigungsverhältnis mit der im Antrag genannten Person angewandt werden.  |  |   |             |
| <b>Datum, Unterschrift, ggf. Firmenstempel</b>   |  |   |             |

## Antrag nach dem Teil II - LVR-Budget für Arbeit – Aktion Inklusion

**Checkliste - Bitte fügen Sie Ihrem Antrag alle aufgeführten Unterlagen und die ausgefüllte Checkliste bei**

|          |  |   |
|----------|--|---|
| <b>1</b> | <b>Einzureichende Unterlagen:</b>  | ✓ |
| 1.1      | Ausgefüllter und unterzeichneter <b>Antragsvordruck</b>  |   |
| 1.2      | Kopie des <b>Feststellungsbescheides</b> , aus dem die Art der Behinderung zu entnehmen ist.<br><br>Der Feststellungsbescheid kann auch in einem verschlossenen Umschlag beigefügt oder von der betroffenen Person direkt an das LVR-Integrationsamt geschickt werden. |   |
| 1.3      | Kopie des - gültigen - <b>Schwerbehindertenausweises</b> beidseitig oder der Gleichstellung durch die Arbeitsagentur   |   |
| 1.4      | Kopie des <b>Arbeits- oder Ausbildungsvertrages</b> von beiden Parteien unterzeichnet  |   |
| 1.5      | <b>Lebenslauf</b> der eingestellten Person   |   |
| <b>2</b> | <b>Bitte machen Sie Angaben zu den folgenden Fragen:</b>   |   |
| 2.1      | Wie wirkt sich die Behinderung auf die Tätigkeit aus?  |   |
| 2.2      | Durch wen erfolgte die <b>Vermittlung</b> ? Bitte Ansprechperson benennen:   |   |
| <b>3</b> | <b>Nur für Budgetleistungen, die vom Menschen mit Behinderung selbst beantragt werde:</b>  |   |
| 3.1      | Kopie des <b>Arbeits- oder Ausbildungsvertrages</b> von beiden Parteien unterzeichnet<br>Wenn nicht vorhanden: Kopie des Praktikumsvertrags oder einer verbindlichen Absichtserklärung des Arbeitgebers.   |   |
| 3.2      | Wie trägt die beantragte Maßnahme zur Begründung oder Stabilisierung eines konkreten Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses bei?   |   |
| 3.3      | Gibt es einen <b>vorrangigen Kostenträger</b> für die beantragte Maßnahme?<br>Bitte Kopie des Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheids beifügen.   |   |

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Funktion der unterzeichnenden Person