

**Antrag
auf Gewährung einer finanziellen
Hilfe aus der Ausgleichsabgabe**

Stadt Hamm
 Amt für Soziale Integration
 Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf
 Sachsenweg 6
 59073 Hamm

1. Antragsteller/in / Angaben zum Arbeitgeber

Betriebsname, Rechtsform	(unbedingt angeben) Ihre Betriebs-Nr. (können Sie bei der Agentur für Arbeit erfragen):
Straße, PLZ, Ort	Telefon / Telefax:
Wirtschaftszweig:	
Anzahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen/ behinderten Menschen, die den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt wurden u.a.:	Arbeitsplätze insgesamt (Stand zurzeit):
Ansprechpartner/in bei Rückfragen:	Telefon:
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:	Telefon:
Betriebsratsvorsitzende/r:	Telefon:
Geltender Tarifvertrag:	

2. Behinderter Mensch

(wenn mehr als eine Person betroffen ist, bitte besondere Aufstellung als Anlage)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung:	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:			
Tätigkeit des behinderten Menschen:	<input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung mit _____ Std./Woche <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			

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 bitte beifügen)	
Gesamt:	0,00 €

4. Begründung des Antrages

Wurden der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung beteiligt?

ja

nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?

ja

nein

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

nein

ja, und zwar von _____

€ _____

Weitere Angaben:

Überweisungen erbitte ich auf folgendes Konto:

IBAN:

BIC:

Verwendungszweck: _____ (falls gewünscht)

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – LWL-Integrationsamt Westfalen – erforderlich sind und zum Teil erfasst, verarbeitet und gespeichert werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 28.08.2002 – BGBl.- S. 3322 -).

Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

Ort, Datum

Firmenstempel, Unterschrift