

Datum

ANTRAG AUF FINANZIELLE HILFE AUS MITTELN DER AUSGLEICHSSABGABE

Angaben zum Arbeitgeber

Firmenname, Anschrift, Telefon (Ortsnetz/Ruf-Nr.)	
Beschäftigte insgesamt	Zahl der schwerbehinderten Menschen
Inklusionsbeauftragte/r des Arbeitgebers (Name)	Betriebs-/Personalratsvorsitzende bzw. Betriebs-/Personalratsvorsitzender (Name)
Schwerbehindertenvertretung (Name)	Zuständige Kontaktperson (Name und Fernrufnummer)
Bankverbindung bei (Bank, Sparkasse etc.)	
IBAN	BIC

Angaben zur Person des schwerbehinderten Menschen ► bei mehreren Betroffenen, bitte Liste beifügen.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Firmenzugehörigkeit seit
Anschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Grad der Behinderung (GdB)	Merkzeichen a.d. Ausweis (z.B. aG, H, G, Bl)	
Bitte veranlassen Sie Ihre schwerbehinderte Arbeitnehmerin/Ihren schwerbehinderten Arbeitnehmer, den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes direkt der Fachstelle/dem LVR-Integrationsamt zukommen zu lassen.		

Weitere erforderliche Angaben des schwerbehinderten Menschen

Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatzausstattung (Technische Hilfsmittel) bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatzausstattung (Technische Hilfsmittel) bei der Agentur für Arbeit gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat in den letzten 6 Monaten eine Reha-Maßnahme stattgefunden?		
<input type="checkbox"/> ja, Zeitraum:	<input type="checkbox"/> nein	

Angaben zum Arbeitsplatz

bisherige Tätigkeit	künftige Tätigkeit
---------------------	--------------------

Auswirkung der Behinderung am derzeitigen Arbeitsplatz
--

Änderungsvorschlag mit Begründung ► Bildprospekt, Angebot, Kostenaufstellung, Bauzeichnungen etc. (bitte als Anlage beifügen).
--

Kosten

Unterschrift, Firmenstempel	Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	---

Datum

08.03.2023

ANTRAG AUF FINANZIELLE HILFE AUS MITTELN DER AUSGLEICHSSABGABE

Angaben zum Arbeitgeber

Firmenname, Anschrift, Telefon (Ortsnetz/Ruf-Nr.)

Beschäftigte insgesamt

Zahl der schwerbehinderten Menschen

Inklusionsbeauftragte/r des Arbeitgebers (Name)

Betriebs-/Personalratsvorsitzende bzw. Betriebs-/Personalratsvorsitzender (Name)

Schwerbehindertenvertretung (Name)

Zuständige Kontaktperson (Name und Fernrufnummer)

Bankverbindung bei (Bank, Sparkasse etc.)

IBAN

BIC

Angaben zur Person des schwerbehinderten Menschen ► bei mehreren Betroffenen, bitte Liste beifügen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Firmenzugehörigkeit seit

Anschrift (PLZ, Ort, Straße)

Grad der Behinderung (GdB)

Merkzeichen a.d. Ausweis (z.B. aG, H, G, Bl)

Bitte veranlassen Sie Ihre schwerbehinderte Arbeitnehmerin/Ihren schwerbehinderten Arbeitnehmer, den Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes direkt der Fachstelle/dem LVR-Integrationsamt zukommen zu lassen.

Weitere erforderliche Angaben des schwerbehinderten Menschen

Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatzausstattung (Technische Hilfsmittel) bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt?

ja

nein

Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatzausstattung (Technische Hilfsmittel) bei der Agentur für Arbeit gestellt?

ja

nein

Hat in den letzten 6 Monaten eine Reha-Maßnahme stattgefunden?

ja, Zeitraum:

nein

Angaben zum Arbeitsplatz

bisherige Tätigkeit	künftige Tätigkeit
---------------------	--------------------

Auswirkung der Behinderung am derzeitigen Arbeitsplatz
--

Änderungsvorschlag mit Begründung ► Bildprospekt, Angebot, Kostenaufstellung, Bauzeichnungen etc. (bitte als Anlage beifügen).

Kosten

Unterschrift, Firmenstempel	Vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	---