

Ort, Datum

**Antrag**

Auf Gewährung einer finanziellen  
Hilfe aus der Ausgleichsabgabe

Aktenzeichen der Fachstelle (soweit bekannt)

**50-58-05-**

**Kreis Soest**

Abt. Soziales

Sicherung des Lebensunterhalts

**Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf**

Hoher Weg 1 – 3

59494 Soest

/
<b>Antrag Nr.</b> der Fachstelle

Dieses Formular kann am PC ausgefüllt werden.  
Bitte die Tabulator-Taste zum Wechseln auf die grauen Felder  
benutzen. Anschließend bitte ausdrucken und persönlich  
unterschreiben

**1. Antragsteller / Antragstellerin / Angaben zum Arbeitgeber:**

Betriebsname, Rechtsform:		Betriebs-Nr. der Agentur für Arbeit:
Straße:		Telefon:
PLZ, Ort:		Fax:
		E-Mail:
Wirtschaftszweig:	Arbeitsplätze(Stand z.Z.):	schwerbehinderte Menschen / Gleichgestellte
Ansprechpartner/ Ansprechpartnerin bei Rückfragen:		Telefon:
		E-Mail:
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:		Telefon:
		E-Mail:
Betriebsratsvorsitzender / Betriebsratsvorsitzende		Telefon:
		E-Mail:
Geltender Tarifvertrag:		Betriebliche Wochenarbeitszeit:

**2. Schwerbehinderter Mensch**

(wenn mehr als eine Person betroffen ist, bitte 2a. usw. ausfüllen)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung: %	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:			
Tätigkeit des schwerbehinderten Menschen:	<input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung		
Betriebsstätte:	<input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung mit	Std./Woche	
Berufsausbildung:	<input type="checkbox"/> unbefristet		
	<input type="checkbox"/> befristet bis:		
Vergütung des behinderten Menschen:			
Stundenlohn:	= ca.	€ brutto mtl.	oder Gehalt: € mtl. Nettoverdienst
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			

## 2a. weiterer Schwerbehinderter Mensch

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung: %	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:			
Tätigkeit des schwerbehinderten Menschen:	<input type="checkbox"/>	Vollzeitbeschäftigung	
Betriebsstätte:	<input type="checkbox"/>	Teilzeitbeschäftigung mit	Std./Woche
Berufsausbildung:	<input type="checkbox"/>	unbefristet	
	<input type="checkbox"/>	befristet bis:	
Vergütung des behinderten Menschen:			
Stundenlohn:	= ca.	€ brutto mtl.	oder Gehalt: € mtl. Nettoverdienst
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	

## 2b. weiterer Schwerbehinderter Mensch

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung: %	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:			
Tätigkeit des schwerbehinderten Menschen:	<input type="checkbox"/>	Vollzeitbeschäftigung	
Betriebsstätte:	<input type="checkbox"/>	Teilzeitbeschäftigung mit	Std./Woche
Berufsausbildung:	<input type="checkbox"/>	unbefristet	
	<input type="checkbox"/>	befristet bis:	
Vergütung des behinderten Menschen:			
Stundenlohn:	= ca.	€ brutto mtl.	oder Gehalt: € mtl. Nettoverdienst
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	

## 2c. weiterer Schwerbehinderter Mensch

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung: %	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:			
Tätigkeit des schwerbehinderten Menschen:	<input type="checkbox"/>	Vollzeitbeschäftigung	
Betriebsstätte:	<input type="checkbox"/>	Teilzeitbeschäftigung mit	Std./Woche
Berufsausbildung:	<input type="checkbox"/>	unbefristet	
	<input type="checkbox"/>	befristet bis:	
Vergütung des behinderten Menschen:			
Stundenlohn:	= ca.	€ brutto mtl.	oder Gehalt: € mtl. Nettoverdienst
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 € (ohne MwSt)
Sonstige Kosten (z.B. Fremdarbeiten, eigene Material- und Lohnkosten):	
<b>Gesamt:</b>	

Wurden der Betriebsrat / der Personalrat und die Schwerbehindertenvertretung beteiligt?  ja  nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?  ja  nein

Erhalten Sie/Beantragen Sie von anderer Stelle (z.B. Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung) Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung dieses Menschen mit Behinderung?

nein

ja, und zwar von \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Begründung des Antrages:
Überweisungen erbitte ich auf folgendes Konto: IBAN: _____ BIC: _____ Verwendungszweck: _____ (falls gewünscht)

Ich versichere, dass mir die geltenden Regelungen des Mindestlohngesetzes (MiLoG) bekannt sind und auf das Beschäftigungsverhältnis mit dem/den Antrag genannten Menschen mit Behinderung angewendet werden. Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Kreises Soest, Abt. Soziales, erforderlich sind und zum Teil erfasst, verarbeitet und gespeichert werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 14.01.2003 in der jeweiligen Fassung)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel

<b>Information</b>	
zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch den Kreis Soest nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)	
<b>Abteilung / Bereich</b>	<b>Soziales/ Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf</b>
<b>Verantwortliche/r</b>	Kreis Soest - Die Landrätin Hoher Weg 1-3, 59494 Soest Telefon: 02921 300 E-Mail: <a href="mailto:info@kreis-soest.de">info@kreis-soest.de</a> Internet: <a href="http://www.kreis-soest.de">www.kreis-soest.de</a>
<b>Datenschutzbeauftragte/r</b>	Kreis Soest - Der Datenschutzbeauftragte Hoher Weg 1-3, 59494 Soest Telefon: 02921 300 E-Mail: <a href="mailto:datenschutzbeauftragter@kreis-soest.de">datenschutzbeauftragter@kreis-soest.de</a>
<b>Zweck/e der Datenverarbeitung</b>	Feststellung und Förderung begleitender Hilfen im Arbeitsleben Ermittlung im Kündigungsschutzverfahren
<b>Wesentliche Rechtsgrundlage/n</b>	Ihre Daten werden auf Grundlage des § 67a des Zehnten Sozialgesetzbuches (SGB X) i.V.m. § 185 SGB IX i.V.m. § 168 SGB IX oder i.V.m. der Schwerbehindertenausgleichs- verordnung verarbeitet.
<b>Empfänger / Kategorien von Empfängern der Daten</b>	Ihre personenbezogenen Daten werden –soweit notwendi- g- nur auf einer gesetzlichen Grundlage oder mit einer Einverständniserklärung weitergegeben insbesondere an: <ul style="list-style-type: none"> <li>• das LWL-Inklusionsamt Arbeit</li> <li>• eine von uns beauftragte Stelle (z.B. Integrationsfachdienst)</li> <li>• behandelnde Ärzte</li> <li>• den Arbeitgeber</li> <li>• andere Sozialleistungsträger</li> </ul>
<b>Dauer der Speicherung</b>	Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer der Aufgabenerfüllung gespeichert. Die Aufbewahrung erfolgt nach den rechtlichen Vorgaben zur Archivierung.
<b>Verpflichtung zur Bereitstellung der Daten, Folgen bei Nichtbereitstellung</b>	Mitwirkungspflicht gem. § 60 SGB I, Folgen fehlender Mitwirkung gem. § 66 SGB I: vollständige oder teilweise Leistungsversagung; § 21 Abs. 2 SGB X: Entscheidung auf der Grundlage der vorhandenen Daten
<b>Datenquelle/n</b>	Zuständige Stellen im Verwaltungsverfahren insbesondere die in § 18 bis 29 SGB I genannten anderen Sozialleistungsträger, Ärzte und Rehabilitationseinrichtungen
<b>Kategorien der personenbezogenen Daten</b>	<u>Stammdaten</u> insbesondere Namen, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Betriebszugehörigkeit <u>Gesundheitsdaten</u> insbesondere Feststellung der Behinderungen und dessen Grad, Arbeitsunfähigkeitszeiten
<b>Betroffenenrechte</b> (Artikel 15 - 18, 20, 21, 77 DSGVO)	Betroffene Personen haben folgende Rechte, wenn die gesetzlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recht auf Auskunft</li> <li>• Recht auf Berichtigung</li> <li>• Recht auf Löschung</li> <li>• Recht auf Einschränkung der Verarbeitung</li> <li>• Recht auf Widerspruch</li> <li>• Recht auf Datenübertragbarkeit</li> <li>• Recht eine erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen</li> <li>• Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde</li> </ul>
<b>Zuständige Aufsichtsbehörde</b>	Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen (LDI) Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf Telefon: 0211 384240 Telefax: 0211 38424-10 E-Mail: <a href="mailto:poststelle@ldi.nrw.de">poststelle@ldi.nrw.de</a> Internet: <a href="https://www.ldi.nrw.de/">https://www.ldi.nrw.de/</a>