

Aktenzeichen (vom Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Amt für Versorgung und Inklusion Bremen
-Inklusionsamt-
Doventorscontrescarpe 172 D
28195 Bremen

Wichtige Hinweise

Finanzielle Leistungen können nur dann bewilligt werden, wenn der Antrag vor Vertragsabschluss (Kauf/Bestellung/Darlehen etc.) gestellt wird.

Ist nach unserer Auffassung die Rentenversicherung oder ein anderer Träger der zuständige Kostenträger, leiten wir den Antrag weiter.

**Antrag auf begleitende Hilfen im Arbeitsleben Hilfen
zum Erreichen des Arbeitsplatzes****A persönliche Angaben**

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon tagsüber	
ggf. gesetzlicher Vertreter oder Betreuer	
Geburtsdatum	

B Angaben zur Behinderung

Grad der Behinderung (GdB)	
anerkannte Behinderung	
Falls der GdB unter 50 liegt: Liegt eine Gleichstellung der Agentur für Arbeit vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie einen Antrag auf Feststellung einer Behinderung / Gleichstellung gestellt, über den noch nicht entschieden ist?	
Falls ja, am bei	
Die Behinderung beruht auf	
<input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall	
<input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit	
<input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden	
<input type="checkbox"/> einer Krankheit	
<input type="checkbox"/> sonstigem:	

Bitte legen Sie dem Antrag Kopien bei vom Bescheid über die anerkannte Behinderung und dem Schwerbehindertenausweis bzw. dem Gleichstellungsbescheid.

C berufliche Tätigkeit

Ich bin	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> sonstiges
Name und Anschrift des Arbeitgebers	
insgesamt sozialversicherungspflichtig beschäftigt seit	
aktuelle Beschäftigung seit	
beschäftigt als	
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, mit von Wochenstunden	
Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (ggf. auf separatem Blatt ergänzen oder Stellenprofil beilegen)	

D Erklärungen

Ich versichere, die in diesem Antrag einschließlich in den Antragsunterlagen gemachten Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der in diesem Antrag einschließlich in den Antragsunterlagen enthaltenen Angaben unverzüglich dem Inklusionsamt mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge ähnlicher Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrags gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige bzw. unvollständige Angaben mache.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift _____

E Datenschutz

Ich bestätige, dass ich die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe und meinem Arbeitgeber das entsprechende Hinweisblatt ausgehändigt habe bzw. aushändigen werde.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift _____

F Ich beantrage Leistungen

- zur Erlangung der Fahrerlaubnis**
- für die behinderungsbedingte Zusatzausstattung des Kraftfahrzeugs**
- zur Erst-/ Ersatzbeschaffung eines Kraftfahrzeugs**
- für Beförderungskosten**

Die einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz beträgt	km
Der Fußweg zwischen Wohnung und der nächsten Haltestelle beträgt	km
Der Fußweg zwischen Haltestelle und Arbeitsplatz beträgt	km
Ich besitze einen Führerschein	<input type="checkbox"/> ja, Kopie liegt bei <input type="checkbox"/> nein
Ein Kraftfahrzeug	
<input type="checkbox"/> kann ich selbst führen	
<input type="checkbox"/> kann ich wegen der Behinderung nicht selbst führen, werde jedoch ständig zum Arbeitsplatz gefahren von	
<input type="checkbox"/> benutze ich <u>nicht</u> regelmäßig zur Ausübung meines Berufes	
Die Arbeitsstelle wurde bisher erreicht mit	
Begründung: (Bitte nutzen Sie ein zusätzliches Blatt, falls der hier vorgesehene Platz nicht ausreicht.)	
Haben Sie für den gleichen Zweck bereits Leistungen erhalten? Falls ja, wann und von wem?	
Haben Sie für die beantragte Leistung bereits bei einer anderen Stelle einen Antrag gestellt? Falls ja, wann und wo?	

Laut dem beiliegenden Angebot entstehen mir folgende Kosten:

Bitte beim Kauf eines Kraftfahrzeuges angeben:

Bislang besitze ich kein Kraftfahrzeug

Mein derzeitiges Fahrzeug

hat einen Verkaufswert von	
Modell Baujahr	

G Einkommen

Von der Höhe Ihres Einkommens ist abhängig, ob bzw. in welcher Höhe ein Zuschuss geleistet werden kann. Deshalb benötigen wir von Ihnen Angaben zu den folgenden Punkten. Fügen Sie bitte aussagekräftige Nachweise bei, insbesondere die Gehaltsabrechnungen der letzten 12 Monate.

Angaben zu Ihrem Einkommen sind nicht erforderlich, falls Sie ausschließlich einen Zuschuss zur behinderungsbedingten Zusatzausstattung beantragen.

durchschnittliches monatliches Bruttoarbeitsgeld	
Urlaubs geld, Weihnachtsfeld oder vergleichbare Leistungen in den letzten 12 Monaten	

abzugsfähige Kosten

auf das Einkommen entrichtete Steuern und Solidaritätszuschläge	
Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung	
bei Selbständigen oder Beamten: freiwillige Rentenversicherungsbeiträge, ggf. Lebensversicherung für Altersvorsorge	
Beiträge zur privaten Krankenversicherung von Angehörigen	

Angaben zu von Ihnen unterhaltenen Familienangehörigen

Name	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

Hinweise zum Datenschutz für Arbeitnehmer

- Leistungen des Inklusionsamtes an schwerbehinderte Beschäftigte-

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das AVIB zurück.

Das Hinweisblatt auf der folgenden Seite händigen Sie bitte Ihrem Arbeitgeber aus.

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Amt für Versorgung und Inklusion Bremen (AVIB) verantwortlich.

Die Angaben, die Sie

- in diesem Formular sowie
- im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber uns

machen, benötigen wir, um Ihren Antrag zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlagen dafür sind §§ 185 Sozialgesetzbuch – Neentes Buch (SGB IX) in Verbindung mit der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir elektronisch und in Papierform.

Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

Wir werden zudem Daten aus dem Schwerbehinderten – Feststellungsverfahren in unserem Haus im erforderlichen Umfang nutzen.

Zum Zweck der Zahlungsabwicklung werden Ihre hierfür erforderlichen Daten der Landeshauptkasse Bremen übermittelt.

Sie haben folgende Rechte

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine **Kopie** dieser Daten verlangen
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.

- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die **Verarbeitung** Ihrer Daten **einzu beschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenen Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

Amt für Versorgung und Inklusion Bremen
-Inklusionsamt-
Doventorscontrescarpe 172 D
28195 Bremen
Tel.: 0421 361 5541
Fax: 0421 361 5326
E-Mail: office.inklusionamt@avib.bremen.de

behördliche Datenschutzbeauftragte des AVIB:
Frau Marion Büning
Tel.: 0421 361 5230
E-Mail: marion.buening@avib.bremen.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch wenden an:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit
Herr Dr. Timo Utermark
Arndtstraße 1
27570 Bremerhaven
Tel.: 0421 361 2010 oder 0471 5962010
Fax: 0421 49618495
E-Mail: office@datenschutz.bremen.de

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

Hinweise zum Datenschutz für Arbeitgeber

-Leistungen des Inklusionsamtes an schwerbehinderte Beschäftigte-

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das AVIB zurück.

Ihr Arbeitnehmer/Ihre Arbeitnehmerin hat Leistungen beim Amt für Versorgung und Inklusion Bremen (AVIB) - Inklusionsamt beantragt.

Für diesen Antrag werden Daten zu Ihrem Unternehmen benötigt:

Ihr Arbeitnehmer/Ihre Arbeitnehmerin ist daher verpflichtet, Ihnen diese Hinweise auszuhändigen.

Alle Angaben, die Sie im Rahmen des Verfahrens gegenüber uns machen benötigen wir, um den Antrag zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 185 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) i.V.m. der Schwerbehinderten - Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir elektronisch und in Papierform.

Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine kostenlose **Kopie** dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.

- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn der Antrag zurückgenommen wird oder Sie der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die **Verarbeitung** Ihrer Daten **einzuſchränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

Amt für Versorgung und Inklusion Bremen
-Inklusionsamt-
Doventorscontrescarpe 172 D
28195 Bremen
Tel.: 0421 361 5541
Fax: 0421 361 5326
E-Mail: office.inklusionsamt@avib.bremen.de

behördliche Datenschutzbeauftragte des AVIB:
Frau Marion Büning
Tel.: 0421 361 5230
E-Mail: marion.buenning@avib.bremen.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch wenden an:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit
Herr Dr. Timo Utermark
Arndtstraße 1
27570 Bremerhaven
Tel.: 0421 361 2010 oder 0471 5962010
Fax: 0421 49618495
E-Mail: office@datenschutz.bremen.de

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.