

Aktenzeichen (vom Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

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

Wichtige Hinweise

Finanzielle Leistungen können nicht rückwirkend, sondern frühestens ab dem Monat, in dem der Antrag beim Inklusionsamt eingeht, bewilligt werden.

Ist nach unserer Auffassung die Agentur für Arbeit oder eine andere Stelle der zuständige Kostenträger, leiten wir den Antrag weiter.

**Antrag auf Leistungen an Arbeitgeber bei außergewöhnlichen Belastungen
 (§ 27 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung)**

☐ **Erstantrag**

☐ **Folgeantrag**

Bitte füllen Sie mindestens aus: A, unter B Name des Beschäftigten

Weitere Angaben unter B, C und D sind nur erforderlich, soweit sich seit dem vorangegangenen Antrag Änderungen ergeben haben

A Arbeitgeber/in

Name	
Anschrift	
Anzahl der im Betrieb Beschäftigten	
davon schwerbehinderte/ gleichgestellte Menschen	
IBAN	

Ansprechpartner

Name	
Telefon	
E-Mail	

B Angaben zur/ zum Beschäftigten

Name, Vorname			
Anschrift			
Geburtsdatum		Grad der Behinderung (GdB)	
Falls der GdB unter 50 liegt:			
Liegt eine Gleichstellung der Agentur für Arbeit vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Anerkannte Behinderung(en), falls bekannt:			
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:			

C Beschäftigungsverhältnis/ Arbeitsplatz

beschäftigt seit/ Einstellung ab			
in	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, mit	von Wochenstunden
als <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Beamtin/ Beamter <input type="checkbox"/>			
beschäftigt als			
Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (ggf. auf separatem Blatt ergänzen oder Stellenprofil beilegen)			
Einsatzort			
Die/ Der Beschäftigte wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet		<input type="checkbox"/> ja, auf	<input type="checkbox"/> nein
Ist der Arbeitsplatz mit behinderungsgerechten Hilfen ausgestattet?		<input type="checkbox"/> ...nein <input type="checkbox"/> ...ja, mit folgenden technischen Hilfsmitteln:	

D beantragte Leistung

Eine außergewöhnliche finanzielle Belastung des Arbeitgebers liegt vor, weil

- ☐ der Unterstützungsaufwand, der bei der Beschäftigung des betroffenen Beschäftigten entsteht (**personelle Unterstützung**) überdurchschnittlich hoch ist.

Beschreibung des zusätzlichen personellen Unterstützungsaufwandes (Art und Schätzung der werktäglichen Länge, wer leistet die Unterstützung), ggf. auf zusätzlichem Blatt

und/oder

- ☐ die Arbeitsleistung aus behinderungsbedingten Gründen erheblich hinter durchschnittlichen Arbeitsleistung von Beschäftigten mit gleichen Aufgaben zurückbleibt

Beschreibung der verringerten Arbeitsleistung (Art und Schätzung der Länge/ Höhe) ggf. auf zusätzlichem Blatt

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige finanzielle Leistungen gestellt oder sonstige Leistungen bereits bewilligt (z.B. Eingliederungszuschuss oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit, der Rentenversicherung o.ä.)?

- ☐ nein
☐ ja bei

Art der Leistung:

Was haben sie bereits unternommen, um die oben genannten Belastungen zu reduzieren? (z.B. technische Ausstattung des Arbeitsplatzes, organisatorische Anpassungen, Versetzung, Arbeitszeitreduzierung etc.)

E beizufügende Unterlagen

Bitte gehen Sie die Liste der Unterlagen durch und fügen die zutreffenden in Kopie dem Antrag bei. Sie verkürzen dadurch das Antragsverfahren.

- ☐ Arbeitsvertrag (nur bei Erstantrag oder Änderungen)
- ☐ Schwerbehindertenausweis oder Gleichstellungsbescheid
(nur bei Erstantrag oder Änderungen)
- ☐ aktuelle Verdienstbescheinigung des schwerbehinderten Beschäftigten
- ☐ aktuelle Verdienstbescheinigung derjenigen Person, welche die personelle Unterstützung leistet (nur wenn Leistungen für personelle Unterstützung beantragt werden)
- ☐ Bescheid über Leistungen (z.B. Eingliederungszuschuss) von Rehabilitationsträgern

F Erklärungen

Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Weiterhin wird versichert, dass die Vorgaben des Mindestlohngesetzes (MiLoG) in der jeweils gültigen Fassung eingehalten sind.

Wir verpflichten uns, jede Änderung in den in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich dem Inklusionsamt mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge auf Gewährung ähnlicher Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrags gestellt werden.

Uns ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.

Ort Datum

Unterschrift

G Datenschutz

Ich bestätige, dass ich die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe.

Dem/ der Beschäftigten, für welche(n) die Leistungen beantragt werden, wurde bzw. wird das Hinweisblatt zum Datenschutz ausgehändigt.

Achtung: Jeder Beschäftigte, für den der Antrag gestellt wird, muss ein Hinweisblatt ausgehändigt bekommen!

Ort Datum

Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz für Arbeitgeber -Leistungen des Inklusionsamtes an den Arbeitgeber-

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

Das zweite Hinweisblatt auf der folgenden Seite händigen Sie bitte Ihrer/Ihrem Beschäftigten aus, für welchen Sie die Leistungen beantragen.

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 – Neuntes 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 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 Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder 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 Bünning
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.

Hinweise zum Datenschutz für Arbeitnehmer -Leistungen des Inklusionsamtes an den Arbeitgeber-

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

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

Für diesen Antrag werden Daten zu Ihrer Person benötigt. Ihr Arbeitgeber/Ihre Arbeitgeberin 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 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.

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 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 Bünning
Tel.: 0421 361 5230
E-Mail: marion.buenning@avib.bremen.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch wenden an:

Die 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.