

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 Dritter der zuständige Kostenträger, leiten wir den Antrag weiter.

Antrag auf Leistungen an Arbeitgeber zur Schaffung neuer Arbeits- und Ausbildungsplätze (§ 15 SchwbAV)

A Arbeitgeber/in

Name			
Anschrift			
Für Rücksprachen steht zur Verfügung			
Name, Vorname			
Telefon		Telefax	
E-Mail			
Anzahl der im Betrieb Beschäftigten	davon schwerbehinderte/ gleichgestellte Menschen		
Besteht eine Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
IBAN			

B Angaben zur beschäftigten Person

Name, Vorname			
Anschrift			
Geburtsdatum		Grad der Behinderung (GdB)	
Nur falls bekannt: anerkannte Behinderung(en)			

Falls der GdB unter 50 liegt:	
Liegt eine Gleichstellung der Agentur für Arbeit vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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:	

Wenn mehrere schwerbehinderte Beschäftigte an dem einzurichtenden Arbeitsplatz arbeiten, benennen Sie diese bitte auf einem gesonderten Blatt.

Bitte legen Sie dem Antrag eine Kopie bei vom Schwerbehindertenausweis beziehungsweise dem Gleichstellungsbescheid.

C Beschäftigungsverhältnis

beschäftigt seit / Einstellung zum			
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 (gegebenenfalls auf separatem Blatt ergänzen oder Stellenprofil beilegen)			
insgesamt sozialversicherungspflichtig beschäftigt seit			
Die beschäftigte Person wird auf mehrere Pflichtplätze angerechnet		<input type="checkbox"/> ja, auf	Plätze <input type="checkbox"/> nein
rentenversichert bei (Name/ Anschrift)		Versicherungsnummer	

D beantragte Leistung

Bitte nutzen Sie ein zusätzliches Blatt, falls der hier vorgesehene Platz nicht ausreicht.

Was wird beantragt?	
Bitte legen Sie dem Antrag jeweils drei Angebote bei, bei Kosten unter 5.000 € reicht ein Angebot aus.	
Die Gesamtkosten belaufen sich auf	€

Begründung
Haben Sie für die beantragte Leistung bereits bei einer anderen Stelle einen Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (Name und Anschrift)
Wird der Arbeitsplatz von mehreren Beschäftigten genutzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ Personen, darunter sind _____ schwerbehinderte Menschen

E Erklärungen

<p>Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Wir verpflichten uns, jede Änderung in den in diesem Antrag enthaltenen Angaben zum Arbeitnehmer unverzüglich mitzuteilen. Weiterhin wird versichert, dass die Vorgaben des Mindestlohngesetzes (MiLoG) in der jeweils gültigen Fassung eingehalten sind. Uns ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> _____ Ort </div> <div style="width: 45%;"> _____ Datum </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> _____ Unterschrift </div>

F Datenschutz

<p>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!</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> _____ Ort </div> <div style="width: 45%;"> _____ Datum </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> _____ Unterschrift </div>

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-Ausgleichsabgabenverordnung (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.