

Aktenzeichen (vom Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

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

Antrag auf Arbeitsassistenz

- Erstantrag
 Folgeantrag

Bei Folgeanträgen müssen Sie die Punkte B, C und F nicht vollständig ausfüllen, sofern sich dort seit der letzten Bewilligung keine Veränderungen ergeben haben.

A persönliche Angaben

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon tagsüber	
gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter oder Betreuer	
Geburtsdatum	

B Angaben zur Behinderung

anerkannte Behinderung(en)	
Grad der Behinderung (GdB)	
falls der GdB unter 50 liegt	Gleichstellung durch Agentur für Arbeit: <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:

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

Außerdem legen Sie dem Antrag bitte eine Bestätigung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin bei über das Einverständnis mit der Assistenz am Arbeitsplatz (einen Vordruck dafür finden Sie auf der letzten Seite dieses Formulars).

C berufliche Tätigkeit

Ich bin	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/>		
Name und Anschrift des Arbeitgebers			
Insgesamt sozialversicherungspflichtig beschäftigt seit			
aktuelle Beschäftigung seit			
in <input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, mit	von	Wochenstunden
beschäftigt als			
Beschreibung der Tätigkeit (gegebenenfalls 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 beziehungsweise 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 beziehungsweise aushändigen werde.

Ort _____ Datum _____

Unterschrift

F Angaben zur beantragten Arbeitsassistenz

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

Bei welchen Tätigkeiten benötigen Sie Unterstützung durch Arbeitsassistenz?
In welchem zeitlichen Umfang üben Sie jeweils die Tätigkeiten aus, bei denen Sie Unterstützung benötigen?
Beabsichtigen Sie eine Assistenzkraft einzustellen (Arbeitgebermodell) oder möchten Sie einen Dienstleister mit der Assistenz beauftragen (Dienstleistungsmodell)?
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?

Arbeitgeber:in

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

Einverständnis zum Einsatz von Arbeitsassistenz

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass eine betriebsfremde Assistenzkraft am Arbeitsplatz von

eingesetzt wird.

Ort

Datum

Unterschrift

Name des Unterzeichnenden

Position im Betrieb/ Dienststelle

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.