

**Antrag
auf Gewährung einer finanziellen Hilfe
aus der Ausgleichsabgabe**

Aktenzeichen des LWL-Integrationsamtes (soweit bekannt)
61L- _____

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- LWL-Integrationsamt -

48133 Münster

1. Antragsteller/in / Angaben zum Arbeitgeber

Betriebsname, Rechtsform	(unbedingt angeben) Ihre Betriebs-Nr. (können Sie beim Arbeitsamt erfragen): / / / / / / / / / / / / / / / /
Straße, PLZ, Ort	Telefon / Telefax:
Wirtschaftszweig:	
Anzahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen / behinderten Menschen, die den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt wurden u. a.:	Arbeitsplätze insgesamt (Stand zurzeit):
Ansprechpartner/in bei Rückfragen:	Telefon:
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:	Telefon:
Betriebsratsvorsitzende/r:	Telefon:
Geltender Tarifvertrag:	

2. Behinderter Mensch (wenn mehr als eine Person betroffen ist, bitte besondere Aufstellung als Anlage)

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung:	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:			
Tätigkeit des behinderten Menschen:	<input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung mit _____ Std/Woche		
Berufsausbildung:			
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 EURO (ohne MwSt.)
Sonstiger Aufwand (zum Beispiel Fremdarbeiten, eigene Material- und Lohnkosten - Angebote, Nachweise oder Ähnliches bitte beifügen)	
Gesamt	

Wurde der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung beteiligt? ja nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? ja nein

Erhalten Sie / Beantragen Sie von anderer Stelle (zum Beispiel Agentur für Arbeit, Amt für Wirtschaftsförderung) Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung dieses behinderten Menschen? nein

ja, und zwar von _____ EURO

Weitere Angaben und Begründung des Antrages, insbesondere zur Förderungshöhe:
Überweisungen erbitte ich auf folgendes Konto:
_____ bei der _____ BLZ _____

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe - LWL-Integrationsamt Westfalen- erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.1977 - BGBl. I S. 201 -). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

Ort, Datum

Firmenstempel, Unterschrift