

Antrag für Inklusionsbetriebe im Land Brandenburg

auf Gewährung von Leistungen gemäß dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) –
Schwerbehindertenrecht - § 185, §§ 215 -218 SGB IX i. V. m. § 28a Schwerbehinderten –
Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

Angaben zum Inklusionsbetrieb

Inklusionsunternehmen

Inklusionsabteilung

Arbeitgeber/Arbeitgeberin (Firma/Unternehmen):

Betriebsnummer:
von der Agentur vergebene Nummer

Anschrift:

Name des Antragstellers:
(Geschäftsführer/Geschäftsführerin, Vorstandsvorsitzender/Vorstandsvorsitzende, o.ä.)

Landkreis:

Name des Ansprechpartners

Telefonnummer:

E-Mail

Name der Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen

Name des / der Inklusionsbeauftragten

Branche / Tätigkeitsfelder des Inklusionsbetriebes:

Beantragt wird die Förderung:

1. für eine betriebswirtschaftliche Beratung

Wirtschaftlichkeitsberatung **bei Neugründung** (einmalig)

Wirtschaftlichkeitsberatung **in Krisensituationen** (Begründung beifügen)

2. von laufenden Leistungen für das Jahr*: _____

für den **besonderen Aufwand** (Abstufung bei Wochenarbeitszeit ≥ 30 Std.)

als **Beschäftigungssicherungszuschuss** nach §§ 27, 28a SchwbAV

3. von Investitionskosten*

für den **Aufbau** eines Inklusionsbetriebes (bei Neugründung)

für die **Erweiterung** des Betriebes (bei Geschäftsfelderweiterung/neugeschaffenen Arbeitsplätzen)

für die **Modernisierung** (geplante Modernisierungsmaßnahmen)

für die **Ausstattung** (von bestehenden Arbeitsplätzen)

4. für Einzelmaßnahmen*

betriebliches Gesundheitsmanagement

Maßnahmen struktureller Anpassung und Arbeitsplatzoptimierung

*Bitte geben Sie in der beiliegenden Tabelle immer die zur beantragten Förderung zugehörigen Arbeitsplätze (Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen) an.

Folgende Unterlagen sind mit dem Antrag auf Förderung von **laufenden Leistungen** vorzulegen:

bei der erstmaligen Beantragung der Förderung von neu eingestellten Mitarbeitern:

1. Kopie des **Schwerbehindertenausweises** (beidseitig) oder **Gleichstellungsbescheid**
2. Kopie der **Tätigkeitsbeschreibung**
3. Kopie des **unbefristeten Arbeitsvertrages**
4. **Nachweis über Zuschüsse anderer Rehabilitationsträger** (z.B. Eingliederungszuschuss)
5. **Erklärung zur Einsichtnahme in personenbezogene Akten** im Original

Folgende Unterlagen sind mit dem Antrag auf Förderung von **Investitionskosten** vorzulegen:

1. Begründung zur Durchführung der Investition (Bezug zur Notwendigkeit der Ausstattung für Beschäftigte der Zielgruppe nach § 215 SGB IX)

2. drei vergleichbare Kostenvoranschläge/Angebote je Investition

3. Besteht Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG? (Frage ist nur von nichtöffentlichen Arbeitgebern zu beantworten.)

ja nein (Nachweis beifügen!)

4. Wurde bei einer anderen Stelle ein gleichlautender Antrag gestellt?

ja, und zwar _____

nein

5. Angaben zur Finanzierungsplanung (Besteht eine Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG, werden bei der Förderung die Nettokosten berücksichtigt)

Gesamtkosten der Investition in €:

Eigenanteil des Antragstellers in €:

Höhe der beantragten Förderung beim Integrationsamt in €:

Die beantragte Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN:

Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Nicht ausgefüllte oder durchgestrichene Rubriken gelten als Verneinung. Über die Folgen wissentlich falscher Erklärungen sind wir uns bewusst. Wir verpflichten uns, jede Änderung in unseren wirtschaftlichen Verhältnissen unverzüglich mitzuteilen. Es ist uns bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen von uns zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von uns vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet wurde. Wir erklären, dass mit der beantragten Maßnahme noch nicht begonnen wurde. Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Integrationsamtes erforderlich sind, gespeichert und verarbeitet werden. Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X. Beachten Sie dazu bitte das anliegende Hinweisblatt zum Datenschutz.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Antragstellers

Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das

Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg,
Lipezker Str. 45, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-0

Telefax: 0331 27548-4523

E-Mail: post@lasv.brandenburg.de

Internet: www.lasv.brandenburg.de

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin Frau Christina Schröter.

Mit der **Datenschutzbeauftragten** des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

Landesamt für Soziales und Versorgung
Gabriele Jaron
Lipezker Str. 5, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-133

E-Mail: datenschutz@lasv.brandenburg.de

Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden **Zweck** erforderlich: Erfüllung der Aufgaben des Integrationsamtes nach § 185 SGB IX zur Durchführung der besonderen Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a und e sowie Art. 9 Abs. 2 Buchstaben a und b der EU-DSGVO, § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 5 Abs. 1 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG), §§ 67 ff. SGB X.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten.

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weiter, wenn Sie hierzu eingewilligt haben oder eine gesetzliche Vorschrift eine **Datenübermittlung** ausdrücklich vorsieht.

Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorgenannten Zweck einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftersuchen und Beschwerden, **erforderlich sind** und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.

Nach der EU-DSGVO haben Sie **folgende Rechte**:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- 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 von uns verlangen, Ihre Daten zur Übertragbarkeit **bereitzustellen**.
- 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 der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns und der Übermittlung an Dritte jederzeit **widersprechen**.

Bei **Fragen oder Beschwerden** können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg

Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow
Telefon: 033203 356-0

Telefax: 033203 356-49

E-Mail: poststelle@lda.brandenburg.de

Internet: www.la.brandenburg.de

Name	Vorname	wöchentliche Arbeitszeit**	Arbeitnehmer-brutto/Jahr**	Bemerkungen (z.B. Elternzeit)
Name	Vorname	wöchentliche Arbeitszeit**	Arbeitnehmer-brutto/Jahr**	Bemerkungen (z.B. Elternzeit)
Name	Vorname	wöchentliche Arbeitszeit**	Arbeitnehmer-brutto/Jahr**	Bemerkungen (z.B. Elternzeit)
Name	Vorname	wöchentliche Arbeitszeit**	Arbeitnehmer-brutto/Jahr**	Bemerkungen (z.B. Elternzeit)
Name	Vorname	wöchentliche Arbeitszeit**	Arbeitnehmer-brutto/Jahr**	Bemerkungen (z.B. Elternzeit)
Name	Vorname	wöchentliche Arbeitszeit**	Arbeitnehmer-brutto/Jahr**	Bemerkungen (z.B. Elternzeit)
Name	Vorname	wöchentliche Arbeitszeit**	Arbeitnehmer-brutto/Jahr**	Bemerkungen (z.B. Elternzeit)
Name	Vorname	wöchentliche Arbeitszeit**	Arbeitnehmer-brutto/Jahr**	Bemerkungen (z.B. Elternzeit)

** Nachweis beifügen