

Eingangsdatum:
Antragsdatum:
GZ.:

### Antrag

auf Gewährung von **Hilfen zur Gründung und Erhaltung einer selbständigen beruflichen Existenz § 185 Abs. 3 Nr. 1 c)** Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) Schwerbehindertenrecht - in Verbindung mit § 21 Schwerbehinderten – Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

### Hinweis

- Das Zutreffende bitte ankreuzen oder ausfüllen
- Sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht, bitte ein gesondertes Blatt verwenden.

### Angaben zur antragstellenden Person

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit:

\_\_\_\_\_  
Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer:

\_\_\_\_\_  
Erlerner Beruf und jetzige Tätigkeit:

\_\_\_\_\_  
Firmensitz / Ort der wirtschaftlichen Existenz:

\_\_\_\_\_  
Name und Gegenstand der Firma:

---

Termin Existenzgründung: \_\_\_\_\_

---

Unterhaltsverpflichtungen: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten!**

**Ohne die Angaben zu den nachfolgenden Ziffern 1 bis 8 ist die Bearbeitung des Antrages nicht möglich.**

**1. Angaben zur Behinderung**

Schwerbehinderter Mensch anerkannt vom Versorgungsamt \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ v.H. Aktenzeichen der Anerkennung \_\_\_\_\_

Datum der Anerkennung \_\_\_\_\_

Gleichgestellter behinderter Menschen anerkannt von der Agentur für Arbeit \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ v.H. Aktenzeichen der Anerkennung \_\_\_\_\_

Datum der Anerkennung \_\_\_\_\_

Ich habe am \_\_\_\_\_ beim Versorgungsamt \_\_\_\_\_ einen Antrag auf Feststellung einer Behinderung gestellt.

Ich habe am \_\_\_\_\_ bei der Agentur für Arbeit \_\_\_\_\_ einen Antrag auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen gestellt.

**2. Ursache der Behinderung**

- |             |                        |                 |
|-------------|------------------------|-----------------|
| angeboren   | Wehrdienstbeschädigung | Berufskrankheit |
| Impfschaden | Gewalttat              | Arbeitsunfall   |
| Krankheit   | Unfall                 |                 |

**3. Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen**

ja, gegen \_\_\_\_\_

nein

4. **Pflegestufe** \_\_\_\_\_

5. **Ich habe einen Antrag bei einem anderen Träger gestellt**

nein

ja, am \_\_\_\_\_ bei/von \_\_\_\_\_

AZ: \_\_\_\_\_

6. **Ich bin rentenversichert bei**

Deutsche Rentenversicherung Bund

Deutsche Rentenversicherung Brandenburg

sonstige; Name: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

7. **Ich bin krankenversichert bei** \_\_\_\_\_

8. **Ich beziehe zur Zeit eine Rente**

ja, genaue Bezeichnung angeben: \_\_\_\_\_

nein

---

**Ausführliche Begründung des Antrages** (ggf. auf gesondertem Blatt vornehmen):

Für den Fall, dass ein Darlehen in Betracht kommt, bin ich bereit, dieses mit monatlich \_\_\_\_\_ € zu tilgen.

---

Sicherungsvorschlag für das Darlehen:

Die beantragte Leistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

---

IBAN:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Nicht ausgefüllte oder durchgestrichene Rubriken gelten als Verneinung.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die personenbezogenen Daten zur Erfüllung der Aufgaben des Integrationsamtes erforderlich sind und gespeichert und verarbeitet werden. Die Erhebung dieser Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X. (Beachten Sie dazu das anliegende Hinweisblatt zum Datenschutz.)

---

Ort, Datum:

---

Unterschrift des Antragstellers / der  
Antraastellerin:

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

E-Mail: [post@lasv.brandenburg.de](mailto:post@lasv.brandenburg.de)

Internet: [www.lasv.brandenburg.de](http://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](mailto: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](mailto:poststelle@lda.brandenburg.de)

Internet: [www.la.brandenburg.de](http://www.la.brandenburg.de)