

Anlage P zum Antrag vom _____

Geschäftszeichen des Integrationsamtes:

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf der Rückseite)

Angaben zur Person

Name (ggf. Geburtsname), Vornamen (Rufname bitte unterstreichen):		Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:		Tel.-Nr. (tagsüber):
Postleitzahl:	Wohnort:	Fax-Nr.:
Geschlecht:	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getr. lebend	
Bankverbindung (Name der Bank):	Bankleitzahl:	Konto - Nr.:
Ausgeübter Beruf / Tätigkeit:	Erlerner Beruf:	E-Mail:
wöchentliche Arbeitszeit	beschäftigt seit:	
Arbeitgeber (mit Anschrift):		

Angaben zur Behinderung / Schädigung

Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX)

Bei mir wurde ein Grad der Behinderung von _____ unbefristet / befristet bis: _____ vom Amt für Versorgung und Soziales – Versorgungsamt – wegen folgender Gesundheitsstörungen anerkannt (bitte Kopie des aktuellen Feststellungsbescheides beifügen):

Gleichstellung durch die Agentur für Arbeit: _____ unbefristet / befristet bis: _____ (bitte **zusätzlich** Kopie des Gleichstellungsbescheides beifügen)

Soziales Entschädigungsrecht

Bei mir wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von _____ v. H. anerkannt

Schädigungsfolgen: _____

Ich wurde als Witwe/r Waise Elternteil anerkannt.

Rechtsgrundlage Bundesversorgungsgesetz Soldatenversorgungsgesetz Infektionsschutzgesetz

Opferentschädigungsgesetz Häftlingshilfegesetz Zivildienstgesetz

Zuständiges Amt für Versorgung und Soziales: _____ Geschäftszeichen: _____

Schwerbehindertenausweis

Ich besitze einen bis _____ gültigen Schwerbehindertenausweis mit den nachfolgend angekreuzten Merkzeichen:

B	G	aG	H	Bl	RF	1.Kl	Gl
---	---	----	---	----	----	------	----

Angaben zu Ansprüchen gegen Dritte

Meine Behinderung / Schädigung ist ganz oder teilweise

- auf Verschulden Dritter zurückzuführen ja nein

- Folge eines Arbeits- oder Dienstunfalls ja nein

Ich habe oder hatte deshalb Ansprüche auf z. B. Rente,

Schmerzensgeld, Schadenersatz oder Unfallausgleich ja nein

wenn ja, gegen _____ Anschrift: _____ Aktenzeichen: _____

Es wurde eine Abfindung gezahlt ja nein

⇒ Bei noch nicht abgeschlossenen Verfahren bitte den Sachverhalt auf einem Beiblatt erläutern !

Angaben zur Sozialversicherung

Rentenversicherung

ja, bei _____ Versicherungs - Nr. _____ nein

ich zahle Beiträge seit: _____

Leistungen der beruflichen Rehabilitation

Ich habe in der Vergangenheit Leistungen der beruflichen Rehabilitation erhalten (z. B. Kur, Umschulung, Arbeitsplatzausstattung. Wenn ja:

wann: _____ von wem (mit Anschrift und Aktenzeichen): _____

Beihilfeberechtigung (beamtenrechtlich)

ja, bei _____ nein

Besondere Bemerkungen

Z. B. bestehende Vollmacht oder Betreuung

Schlusserklärung / Unterschrift

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Mir ist bekannt, dass ich nach §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Angabe aller für die Bearbeitung meines Antrages erheblichen Tatsachen verpflichtet bin. Auf meine Mitwirkungspflichten nach dem SGB I sowie auf die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen Mitwirkung bin ich hingewiesen worden.

Einen Abdruck der §§ 60-67 SGB I (Anlage M) habe ich erhalten.

Meine Sozialdaten werden vom Integrationsamt für die Berechnung, Bescheiderteilung und weitere Abwicklung der Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Erläuterungen:

⇒ Sofern bekannt, bitte stets das Geschäftszeichen des Integrationsamtes angeben.



Landeswohlfahrtsverband Hessen
Der Verwaltungsausschuss
Integrationsamt
Kölnische Straße 30

34117 Kassel

Antrag für den Arbeitsplatz von
Name, Vorname:

Geschäftszeichen:

Geburtsdatum:

(Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf der Rückseite)

Eingangsstempel

Antrag auf begleitende Hilfe im Arbeitsleben nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX)

Angaben zur Berufsausbildung / derzeitigen Tätigkeit

Erlerner Beruf:

Derzeitige Tätigkeit:

Weitere Qualifikation/en:

Im Betrieb bzw. in der Dienststelle beschäftigt seit:

Liegt ein besonderes Beschäftigungsverhältnis vor?

Nein

(z. B. ABM, Teilzeit, Befristung, Arbeit statt Sozialhilfe)

Ja, welches: _____

⇒ bitte Kopie des Arbeitsvertrages beifügen

wenn befristet, bis wann: _____

Problem / Beantragte Leistung

Leistungen anderer Stellen

Für denselben Zweck wurde oder wird bei anderen Leistungsträgern (z. B. Agentur für Arbeit, Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft usw.) ein Antrag gestellt.

nein

ja, bei: _____

⇒ bitte Bescheid beifügen / nachreichen

Schlusserklärung / Unterschrift

Ich versichere / Wir versichern, dass die Angaben in dem Antrag vollständig und richtig sind.

Dies gilt auch für den Inhalt der folgenden Anlagen: Anlage A Anlage P Anlage E Anlage V Anlage W
 sonstige Anlagen: _____

Mir / Uns ist bekannt, dass ich / wir nach §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Angabe aller für die Bearbeitung meines / unseres Antrages erheblichen Tatsachen verpflichtet bin / sind. Auf meine / unsere Mitwirkungspflicht nach dem SGB I sowie auf die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen Mitwirkung bin ich / sind wir hingewiesen worden.

Einen Abdruck der §§ 60 - 67 SGB I (Anlage M) habe ich / haben wir erhalten.

Die mit dem Antrag und seinen Anlagen erhobenen Daten werden vom Integrationsamt für die Berechnung, Bescheiderteilung und weitere Abwicklung der Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Erläuterungen

⇒ die gerasterten Felder bitte **nicht** beschreiben

⇒ sofern bekannt, bitte stets das Geschäftszeichen des Integrationsamtes angeben

⇒ für die Angaben zum Betrieb bitte die Anlage A verwenden

⇒ für die Angaben zur Person bitte Anlage P beifügen

Der Sachverhalt wurde ermittelt

aufgrund Antrag d.: Arbeitgebers Arbeitnehmers Schwerbehindertenvertretung Betriebs-/ Personalrates

durch Initiative des Integrationsamtes

Datum, Namenszeichen der Sachbearbeitung des Integrationsamtes