

**Antrag auf Leistungen bei außergewöhnlicher Belastung gemäß § 27 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) auf**

**Beschäftigungssicherungszuschuss (BSZ)** beantragen beim **Landschaftsverband Rheinland Integrationsamt 50663 Köln**

**personelle Unterstützung (pU)** beantragen bei der **Klingenstein Solingen Fürsorgestelle Rathausplatz 1 42651 Solingen**

**1) Angaben zum Arbeitgeber**

<b>Firmenname</b> (vollständige Bezeichnung, GmbH, Inhaber usw.),  <b>Anschrift, Telefonnummer</b> (falls der Arbeitsort vom Firmensitz abweicht, bitte auch diese Adresse angeben)		
Bankverbindung ( <b>IBAN</b> ):		
<b>Kontoinhaber (Name und Anschrift/ Rechtsform):</b>		
Arbeitsplätze insgesamt:	davon mit schwerbehinderten/gleichgestellten Personen besetzt:	Beschäftigungsquote:
Kontaktperson (Name, Telefonnummer):		
Schwerbehindertenvertretung (Name, Telefonnummer):		

**2) Angaben zur Person der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers**

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name, Vorname, Geburtsname:	
Adresse:		
Geburtsdatum:	Grad der Behinderung:	Betriebszugehörigkeit seit:

### 3) Angaben zum Arbeitsplatz

wöchentliche <b>Arbeitszeit</b> einer Vollzeitkraft:	Stunden	Arbeitstage pro Woche:
wöchentliche <b>Arbeitszeit</b> der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters:	Stunden	Arbeitstage pro Woche:
Jahresdurchschnitt des <b>Arbeitnehmerbruttos</b> (inklusive Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld usw.) <b>monatlich:</b> _____ €		
Wird die abweichende Arbeitsleistung hierbei schon berücksichtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
zur Zeit ausgeübte <b>Tätigkeit:</b>		
<b>Arbeitsvertrag</b> <input type="checkbox"/> befristet bis: _____ <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> verbeamtet auf Lebenszeit		
Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist aufgrund der Regelungen des Tarifvertrags/Arbeitsvertrags nur noch außerordentlich kündbar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

### 4) Angaben zur beantragten Leistung

Bleibt die <b>Arbeitsleistung aufgrund einer Behinderung</b> erheblich hinter der Durchschnittsleistung zurück ( <b>BSZ</b> )? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Höhe in %: _____ <input type="checkbox"/> geschätzt <input type="checkbox"/> Berechnung <input type="checkbox"/> Nachweise
Entstehen außergewöhnliche Belastungen durch die personelle Unterstützung ( <b>PU</b> )? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zeitaufwand in Stunden pro Tag: _____ (z. B. wegen wiederkehrender Unterweisung/Kontrolle/Nacharbeit/Hilfestellung durch Kollegen)
Unterstützende Person (Name, Vorname):	Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Std. Arbeitstage pro Woche: _____
Jahresdurchschnitt des <b>Arbeitnehmerbruttos</b> (inklusive Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld usw.) <b>monatlich:</b> _____ €	
<b>Antragsbegründung:</b> Möglichst konkrete und ausführliche Beschreibung der aus Ihrer Sicht bestehenden Leistungseinschränkung (z.B. geringere Stückzahl etc.), bzw. konkrete und ausführliche Begründung der Art und Häufigkeit der Unterstützung durch Kollegen sowie deren besondere Belastung. (ggf. auf gesondertem Blatt fortführen)	

**Auswirkungen der Leistungseinschränkung auf den Betrieb** (z.B. Produktionsausfall, Auftragsverlust, Störungen etc.):

Haben Sie bereits entlastende **Maßnahmen** technischer oder organisatorischer Art ergriffen?

Nein  Ja, welche:

Sehen Sie **weitere** Möglichkeiten, die Arbeitsbedingungen zu verbessern?

Nein  Ja, welche:

- Änderung der Arbeitszeit
- Jobcoaching
- organisatorische Maßnahmen (Ablauf, Arbeitszeit usw.)
- Arbeitsplatzumgestaltung
- Umsetzung auf einen anderen bestehenden Arbeitsplatz
- Neueinrichtung eines Arbeitsplatzes
- Ausbildung und Qualifizierung
- 

Sind behinderungsbedingte **Zusatzpausen** erforderlich?

Nein  Ja, **täglich** \_\_\_\_\_  wie lange jeweils \_\_\_\_\_

Haben Sie sich bei der Antragstellung **beraten** lassen?

Nein  Ja, von: \_\_\_\_\_

Erhalten Sie **weitere Zuschüsse** bzw. haben Sie solche beantragt?  
(z. B. von der Agentur für Arbeit, der Fachstelle für behinderte Menschen, o.ä.)

Nein  Ja, von (bzw. beantragt bei): \_\_\_\_\_

in Höhe von \_\_\_\_\_ €

für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende **Unterlagen** bei:

- Kopie des **vollständigen Feststellungsbescheides**  
(Der Feststellungsbescheid ist ein 3 bis 4 Seiten langer Bescheid der Versorgungsverwaltung. In diesem sind die anerkannten Behinderungen aufgeführt sowie der Grad der Behinderung. Aus datenschutzrechtlichen Gründen muss Ihre Mitarbeiterin/Ihr Mitarbeiter diesen Bescheid dem Arbeitgeber nicht zeigen. Sie/Er kann ihn deshalb direkt an mich schicken, oder sie/er übergibt Ihnen den Bescheid in einem verschlossenen Umschlag und Sie schicken ihn mir zu.
- Kopie des **aktuellen Schwerbehindertenausweises** (oder des Gleichstellungsbescheides)
- Kopie des **Arbeitsvertrages**
- **Tätigkeitsbeschreibung**
- Nachweis Bruttojahreseinkommen ohne Arbeitgeber-Anteil zur Gesamtsozialversicherung sowie eine **Gehalts- oder Lohnabrechnung** aus den letzten drei Monaten, bei personeller Unterstützung entsprechende Unterlagen der unterstützenden Person

Ich versichere die **Richtigkeit und Vollständigkeit** meiner Angaben.

Ich bestätige, dass mir die geltenden Regelungen des Mindestlohngesetzes (MiLoG) bekannt sind und auf die Beschäftigungsverhältnisse mit den im Antrag genannten Menschen (Mitarbeiter mit Schwerbehinderung und unterstützende Person) angewandt werden.

Ort, Datum

Firmen-/Dienststempel, Unterschrift

## Ergänzende Angaben zum Arbeitsplatz

### Art des Arbeitsplatzes

Büro:	Produktion:
Lager:	Sonstige:

Liegt eine Gefährdungsbeurteilung gem. ArbSchG/ DGUV Vorschrift 1 vor:	Einsatz innen in %:	Einsatz außen in %:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte dem Antrag beifügen		

Haben sich Umfang und Art der Tätigkeit geändert:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte erläutern:

Hat sich das Krankheitsbild verändert?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte erläutern:

### Umfeld

Lärm	extrem hohe/niedrige Temperaturen:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in °C:

### Organisation

<input type="checkbox"/> Einzel-Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> Großraumbüro/Halle	<input type="checkbox"/> Gruppen-Arbeitsplatz
<input type="checkbox"/> sonstiger Arbeitsplatz:		
<input type="checkbox"/> taktabhängig _____ Takte (Maschinenlaufzeit)/min.		
<input type="checkbox"/> stückzahlabhängig _____ Stück/min (h)		

### Beschreibung der Tätigkeiten (Arbeitsinhalt, Einzeltätigkeiten)

Körperhaltung:		
<input type="checkbox"/> stehend zu _____ %	<input type="checkbox"/> sitzend zu _____ %	
<input type="checkbox"/> gehend zu _____ %	<input type="checkbox"/> sonstige _____	zu _____ %

manuelles Heben/Tragen Lasten: Häufigkeit (Pro Tag/Schicht):	Last in kg:	Körperhaltung:
---	-------------	----------------

manuelles Ziehen/Schieben Lasten: Häufigkeit (Pro Tag/Schicht):	Last in kg:	Körperhaltung:
--	-------------	----------------

Motorik: <input type="checkbox"/> fein <input type="checkbox"/> grob	Sinnesanforderungen:
---	----------------------

**Leistungsmatrix** (vom **Arbeitgeber** auszufüllen)

Schichtarbeit:

nein

ja, Art (z. B. kontinuierliche Schichtarbeit)

Wochenarbeitszeit:

Verteilt auf Tage / Woche:

Nr.	Beschreibung der Teiltätigkeiten	Anteil pro Arbeitstag/Schicht		Erläuterung der geminderten Arbeitsleistung/ Schwierigkeiten der Einzeltätigkeit
		Min.	%	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				