

Fragebogen / Antrag

**des gleichgestellten / schwerbehinderten Menschen auf Leistungen
nach der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)**

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Leistungen der Begleitenden Hilfe

1. Persönliche Angaben

Aktenzeichen des Integrationsamtes

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
Telefon	E-Mail	

E-Mail:

E-Mail

Privat- anschrift	Straße, Hausnummer				
	PLZ	Wohnort			

Name/Sitz der Bank	
Kontoinhaber/in	

Bankver- Kontoinhaber/in

bindung	IBAN (Internat. Bank Account Number, Internat. Bankkontonummer) bzw. Konto-Nr.	
	BIC (Bank-Identifizierungs-Code) bzw. Bankleitzahl	

Ich bin krankenversichert bei (Name und Anschrift der Krankenkasse)

For more information about the study, please contact the study team at 1-800-258-4263 or visit www.cancer.gov.

For more information about the study, please contact the study team at 1-800-258-4929 or visit www.cancer.gov.

Ich bin rentenversichert bei (Name und Anschrift der Rentenversicherung)

Versicherungsnummer der Rentenversicherung

Ich beziehe eine Rente nein ja beantragt am Datum Rentenart

Leistungsträger der Rente (Anschrift/Aktenzeichen)

2. Allgemeine Angaben zur Behinderung

<input type="checkbox"/> Ich bin schwerbehindert.	<input type="checkbox"/> Ich bin gleichgestellt.	Grad der anerkannten Behinderung (GdB)
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Antrag gestellt		am Datum
Antrag gestellt bei		
<p>Ursache der Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Unfall durch Fremdverschulden <input type="checkbox"/> angeboren <input type="checkbox"/> bitte angeben _____</p> <p><input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Krankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Ansprüche gegen Dritte wegen der vorliegenden Behinderung bestehen gegen:</p> <p>Name/Anschrift</p>		

3. Angaben zum Beruf

Ich bin			
<input type="checkbox"/> Arbeiter/in	<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Beamter/in	<input type="checkbox"/> bitte angeben (z. B. Rentner/in, Umschüler/in, arbeitslos) _____
derzeitiger Arbeitgeber (Name, Anschrift, PLZ, Ort)			
beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit	Datum	Wochenarbeitszeit	Stunden
insgesamt berufstätig seit	Datum		
erlernter Beruf		derzeitig ausgeübte Tätigkeit	
beabsichtigte Arbeitsaufnahme	ab	Datum	als
Arbeitgeber		Ansprechpartner beim Arbeitgeber (Name)	
<input type="checkbox"/> Ich bin Selbständige/r	als	seit (Datum)	
<input type="checkbox"/> Ich beabsichtige eine Selbständigkeit zu gründen	als	ab (Datum)	
Firmensitz der bestehenden / beabsichtigten Selbständigkeit (Name, Anschrift, PLZ, Ort)			
Telefon		Betriebsnummer	
zuständige Berufsgenossenschaft			

4. Angaben zur beantragten Leistung

Arbeitsplatzbeschreibung (Art und prozentualer Anteil der zu erfüllenden Hauptarbeitsaufgaben)

Folgende allgemeine Leistungen werden beantragt:

Außerdem werden folgende rein behinderungsbedingte (Zusatz-) Gegenstände/Leistungen beantragt:

Begründung

Die Gesamtkosten betragen rd.	Euro	davon rein behinderungsbedingte Kosten rd.	Euro
-------------------------------	------	--	------

geplante Finanzierung

Wurde bei einer anderen Stelle ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	
---	-------------------------------	---------------------------------	--

bei (Name/Anschrift der betreffenden Stelle/Aktenzeichen)

Ich versichere, die Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, jede Änderung in den in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen. Diese Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge auf Gewährung von Renten o.ä. Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrages gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefördert werden, falls deren Gewährung aufgrund falscher oder unvollständiger Angaben erfolgte.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Antragstellers