

Stadt Gelsenkirchen  
 50/6.Fachstelle  
 Behinderte Menschen im Beruf  
 45875 Gelsenkirchen

**Antrag auf Gewährung einer  
 finanziellen Hilfe aus der  
 Ausgleichsabgabe**

**1. Antragsteller / Angaben zum Betrieb**

Betriebsname, Rechtsform	unbedingt angeben Betriebs-Nr. des Arbeitsamtes
Straße, PLZ, Ort	Telefon, Fax
Wirtschaftszweig	
Anzahl der beschäftigten Schwerbehinderten, Gleichgestellten u. a.	Arbeitsplätze insgesamt
Ansprechpartner/in bei Rückfragen	Telefon
Vertrauensperson der Schwerbehinderten	Telefon
Betriebsratsvorsitzende(r)	Telefon
Geltender Tarifvertrag	

**2. Behinderte/r (wenn mehr als eine Person betroffen ist, bitte besondere Aufstellung als Anlage)**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Grad der Behinderung	Einstellungsdatum
Strasse, Ort			
Tätigkeit der/des Behinderten	Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbesch. mit _____ Std./Woche	

**3. Maßnahme**

Was soll beschafft werden? Bitte Kostenvoranschläge beifügen.	Kosten in € ohne MwSt.
---	------------------------

Sonstiger Aufwand (z.B. Fremdarbeiten, eigene Material- und Lohnkosten, Angebote, Nachweise o.ä. bitte beifügen)	
<b>Gesamt:</b>	

Wurden der Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung beteiligt?  ja  nein

Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt?  ja  nein

Erhalten Sie / Beantragen Sie von anderer Stelle (z.B. Agentur für Arbeit, Amt für Wirtschaftsförderung) Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der Beschäftigung dieser/dieses Behinderten  nein

ja und zwar von \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ €

Weitere Angaben und Begründung des Antrages, insbesondere zur Förderungshöhe

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

Überweisungen erbitte ich auf folgendes Konto

\_\_\_\_\_ bei der \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben der Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden.  
Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff SGB X.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel, Unterschrift