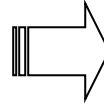


## Antrag

auf Leistungen nach der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)  
Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes (§ 20 SchwbAV)

Kreis Coesfeld  
Abt. 50  
Fachstelle für behinderte  
Menschen im Beruf

48651 Coesfeld



### Wichtiger Hinweis:

Finanzielle Leistungen können in der Regel nur dann bewilligt werden, wenn ein entsprechender Antrag vor Vertragsabschluss (Kauf / Bestellung) gestellt wird.

|                                       |                    |  |
|---------------------------------------|--------------------|--|
| <b>1. Persönliche Angaben</b>         |                    |  |
| Name, Vorname                         | Geburtsdatum       |  |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ Ort) |                    |  |
| E-Mail:                               | Telefon (tagsüber) |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |                                                                                                                                                                      |                                                   |                                              |                                                       |                                                |                                             |                                                              |                                            |                                          |                                          |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>2. Allgemeine Angaben zur Behinderung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                                                                                                                                      |                                                   |                                              |                                                       |                                                |                                             |                                                              |                                            |                                          |                                          |                                     |
| Ich bin<br><input type="checkbox"/> schwerbehindert<br><input type="checkbox"/> gleichgestellt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Grad der Behinderung                                         | <br>Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid der Bundesagentur für Arbeit <b>in Kopie</b> beifügen |                                                   |                                              |                                                       |                                                |                                             |                                                              |                                            |                                          |                                          |                                     |
| Aktenzeichen der Anerkennung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                                                                                                                                      |                                                   |                                              |                                                       |                                                |                                             |                                                              |                                            |                                          |                                          |                                     |
| Die Behinderung beruht auf<br><table><tr><td><input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung</td><td><input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung</td><td><input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> einer Internierung</td><td><input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> einem Impfschaden</td><td><input type="checkbox"/> einer Krankheit</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> einer Gewalttat</td><td><input type="checkbox"/> Sonstiges:</td></tr></table> |                                                              |                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung | <input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall | <input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung | <input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> einer Internierung | <input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden | <input type="checkbox"/> einem Impfschaden | <input type="checkbox"/> einer Krankheit | <input type="checkbox"/> einer Gewalttat | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall                 |                                                                                                                                                                      |                                                   |                                              |                                                       |                                                |                                             |                                                              |                                            |                                          |                                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit               |                                                                                                                                                                      |                                                   |                                              |                                                       |                                                |                                             |                                                              |                                            |                                          |                                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> einer Internierung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden |                                                                                                                                                                      |                                                   |                                              |                                                       |                                                |                                             |                                                              |                                            |                                          |                                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> einem Impfschaden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> einer Krankheit                     |                                                                                                                                                                      |                                                   |                                              |                                                       |                                                |                                             |                                                              |                                            |                                          |                                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> einer Gewalttat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                          |                                                                                                                                                                      |                                                   |                                              |                                                       |                                                |                                             |                                                              |                                            |                                          |                                          |                                     |

|                                                                                                                                                                                 |                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--|
| <b>3. Angaben zum Beruf</b>                                                                                                                                                     |                                                        |  |
| Ich bin<br><input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Selbständige/r<br>mit einer Wochenarbeitszeit von      Std. | <input type="checkbox"/> Rentner/in                    |  |
| Anschrift des Beschäftigungsbetriebes (mit Telefon-Nr.)                                                                                                                         |                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> beim jetzigen Betrieb beschäftigt seit      _____                                                                                                      | <input type="checkbox"/> arbeitslos seit      _____    |  |
| <input type="checkbox"/> insgesamt berufstätig seit      _____                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> in Umschulung seit      _____ |  |
| Arbeitsaufnahme<br>vorgesehen bei (Betrieb mit Tel.-Nr.)                                                                                                                        | ab      _____                                          |  |
| <input type="checkbox"/> rentenversichert bei (Name und Anschrift)                                                                                                              | Versicherungs-Nr.                                      |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>4. Angaben zur beantragten Leistung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |
| Ich beantrage Leistungen<br><input type="checkbox"/> zur Erlangung der Fahrerlaubnis<br><input type="checkbox"/> zur Erst-/Ersatzbeschaffung eines Kraftfahrzeugs<br><input type="checkbox"/> für die behinderungsbedingte Zusatzausstattung des Kraftfahrzeugs<br><input type="checkbox"/> für die Beförderungskosten |          |
| Begründung:                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |
| Die Gesamtkosten betragen _____ EUR<br>Davon entfallen auf die behinderungsbedingte Zusatzausstattung _____ EUR<br><input type="checkbox"/> Kostenvoranschläge liegen bei <input type="checkbox"/> Kostenvoranschläge werden nachgereicht.                                                                             |          |
| Der Erlös für den Verkauf meines Altfahrzeugs beträgt _____ EUR<br>Der Verkehrswert meines Altfahrzeugs beträgt _____ EUR<br><input type="checkbox"/> Nachweis liegt bei <input type="checkbox"/> Nachweis wird nachgereicht                                                                                           |          |
| Das zuletzt von mir gefahrene Kfz wurde auf meinen Namen zugelassen am                                                                                                                                                                                                                                                 | Datum    |
| derzeitiger Kilometerstand                                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____ km |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>5. Angaben zur Fahrerlaubnis und zum Arbeitsweg</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |
| Ich besitze einen Führerschein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Auflagen im Führerschein sind eingetragen <input type="checkbox"/> ja, entsprechend beiliegender Ablichtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Auflage beantragt<br>Die Arbeitsstelle wurde bisher erreicht mit<br><input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Privat-Pkw <input type="checkbox"/> Mitfahrgelegenheit <input type="checkbox"/> Sonstiges: |                                                           |
| Die einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz beträgt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | _____ km                                                  |
| Der Fußweg zwischen Wohnung und der nächsten Haltestelle beträgt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | _____ km                                                  |
| Der Fußweg zwischen Haltestelle und Arbeitsplatz beträgt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | _____ km                                                  |
| Ist ein Umsteigen erforderlich                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

|                                                                                                                                           |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>6. Sonstige Angaben</b>                                                                                                                |                               |
| Wann und von welcher Stelle haben Sie zuletzt für den gleichen Zweck Leistungen erhalten?                                                 |                               |
| Datum, Aktenzeichen                                                                                                                       |                               |
| Bewilligungsstelle                                                                                                                        |                               |
| Haben Sie Anträge auf gleichartige Leistungen, Gewährung von Renten oder ähnlichen Bezügen gestellt, über die noch nicht entschieden ist? |                               |
| <input type="checkbox"/> ja (Name und Anschrift der Stelle, die diese Leistungen gewährt, Aktenzeichen)                                   | <input type="checkbox"/> nein |

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich mitzuteilen. Die Anzeigepflicht erstreckt sich auch auf die Unterrichtung der Bewilligungsbehörde über Anträge auf Gewährung von Renten oder ähnliche Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrages gestellt werden.

Es ist mir bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen von mir zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von mir vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Kreises Coesfeld nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) -Teil 3 - (Schwerbehindertenrecht) erforderlich sind. Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift