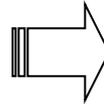


Antrag

auf Leistungen nach der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (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.

- Technische Arbeitshilfen (§ 19 SchwbAV)
- Hilfen in besonderen behinderungsbedingten Lebenslagen (§ 25 SchwbAV)

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

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

3. Angaben zum Beruf	
Ich bin <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Rentner/in	
mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Std.	
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 vorgesehen bei (Betrieb mit Tel.-Nr.)	ab _____
<input type="checkbox"/> rentenversichert bei (Name und Anschrift)	Versicherungs-Nr.

4.	Angaben zur beantragten Leistung
	<p>Was wird beantragt?</p> <p>— Bitte Angebot, Kostenaufstellung, ggf. Bildprospekt beifügen.</p>
	<p>Begründung (Bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht.)</p>

5.	Sonstige Angaben
	<p>Wann haben Sie zuletzt für den gleichen Zweck Leistungen beantragt bzw. erhalten?</p>
	<p>Haben Sie Anträge auf gleichartige Leistungen, Gewährung von Renten und ähnlichen Bezügen gestellt, über die noch nicht entschieden ist?</p> <p><input type="checkbox"/> ja (Name und Anschrift der Stelle, die diese Leistungen gewährt, Aktenzeichen) <input type="checkbox"/> nein</p>
	<p>Beteiligt sich der Beschäftigungsbetrieb an den Kosten?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, in Höhe von EUR <input type="checkbox"/> nein</p>

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