



Aktenzeichen (vom ZBFS-Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

**Finanzielle Hilfen im Arbeitsleben an schwerbehinderte Menschen;
Hilfen zur Gründung/Erhaltung einer selbständigen beruflichen Existenz (§ 21 SchwbAV)**

A	Wichtiger Hinweis	
	Finanzielle Leistungen können grundsätzlich nur dann bewilligt werden, wenn ein entsprechender Antrag vor Vertragsabschluss (Kauf/Bestellung/Darlehen etc.) gestellt wird. Ist ein Reha-Träger zuständig, wird der Antrag weitergeleitet.	
B	Persönliche Angaben	
	Name, Vorname	Geburtsdatum
	Anschrift	
	Landkreis	Telefon (tagsüber, freiwillige Angabe)
	IBAN .	
C	Allgemeine Angaben zur Behinderung	
	Ich bin <input type="checkbox"/> schwerbehindert <input type="checkbox"/> gleichgestellt Aktenzeichen der Anerkennung _____	
	Die Behinderung beruht auf <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"/> _____	
	➡ Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen.	
D	Angaben zum Beruf	
	Ich bin <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> selbständig seit _____ <input type="checkbox"/> arbeitslos seit _____ <input type="checkbox"/> in Umschulung seit _____	

ZBFS Nr. 5 - www.zbfs.bayern.de - Stand: 14.10.2020

Hinweis: In Bayern nimmt das Inklusionsamt die Aufgaben des Integrationsamtes wahr.

Wochenarbeitszeit (Std)

Erlerner Beruf

Bisherige Tätigkeit

rentenversichert bei (Anschrift)

Versicherungs-Nr.

Darstellung des beruflichen Werdegangs ↻ (bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht)

E

Angaben zur beantragten Leistung

Ich beantrage Leistungen

zur Gründung einer selbstständigen Existenz

zur Erhaltung einer selbstständigen Existenz

Begründung: (Art, Beginn, Darstellung und Finanzierung der wirtschaftlichen Selbstständigkeit)

↻ (bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht)

Haben Sie betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse?

nein

ja, welcher Art ↻ (bitte Nachweise beifügen)

Bestehen behinderungsbedingte Einschränkungen bei der Ausübung der geplanten Tätigkeit?

nein

ja, welche

Welche Genehmigungen (z.B. Betriebserlaubnis) benötigen / besitzen Sie für die Aufnahme Ihrer selbständigen Tätigkeit

↻ (ggf. bitte Kopien beifügen) ?

Besteht für die selbstständige Tätigkeit Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG?

nein

ja

F**Sonstige Angaben**

Wann und von welcher Stelle haben Sie zuletzt für den gleichen Zweck Leistungen erhalten?
Name und Anschrift der Dienststelle:

Datum

Aktenzeichen

Haben Sie Anträge auf gleichartige oder ähnliche Leistungen (z.B. Existenzgründerdarlehen) gestellt?

 nein ja, Name und Anschrift der Dienststelle:

Aktenzeichen: _____

Haben Sie Anträge auf Renten oder auf Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand gestellt?

 nein ja, Name und Anschrift der Dienststelle:

Aktenzeichen: _____

G**Erklärung(en)**

Ich versichere, die in diesem Antrag einschließlich in den Antragsunterlagen gemachten Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der in diesem Antrag einschließlich in den Antragsunterlagen enthaltenen Angaben unverzüglich dem Inklusionsamt mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge ähnlicher Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrags gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige bzw. unvollständige Angaben mache.

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum_____
Unterschrift



Hinweise zum Datenschutz – Leistungen der Begleitenden Hilfe

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) verantwortlich.

Alle Angaben, die Sie

- in diesem Formular sowie
- im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen brauchen wir, um Ihren Antrag auf Leistungen zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 185 Sozialgesetzbuch -Neuntes Buch - (SGB IX) i.V.m. der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form in einem staatlichen Rechenzentrum des Freistaates Bayern. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Möglicherweise werden wir auch andere Stellen außerhalb des ZBFS, z.B. den Integrationsfachdienst, beauftragen, eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zu erstellen. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Wir werden zudem Daten aus dem Schwerbehinderten – Feststellungsverfahren beim Versorgungsamt im erforderlichen Umfang nutzen. Zum Zweck der Zahlungsabwicklung werden Ihre hierfür erforderlichen Daten der Staatsoberkasse Bayern in Landshut übermittelt.

Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen. Die Daten werden daher 5 Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres gelöscht, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt: bestandskräftiger Abschluss des Verfahrens (ggf. nach Ablauf der festgesetzten Bindungsfrist) oder sonstige Erledigung des Verfahrens.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.

- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, 95440 Bayreuth
- per Telefon: 0921 605-03
- per Telefax: 0921 605-3903
- per E-Mail: Poststelle@zbfs.bayern.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des ZBFS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Datenschutzbeauftragter, 95440 Bayreuth
- per E-Mail: Datenschutzbeauftragter@zbfs.bayern.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch an den **Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz** wenden.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das ZBFS zurück.