

Aktenzeichen (vom ZBFS-Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

## Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) und der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV); Einmalige Leistungen an Inklusionsbetriebe (§§ 215, 217 SGB IX, 28a SchwbAV)

<b>A</b>	<b>Betriebswirtschaftliche Beratung</b>																								
	<input type="checkbox"/> <b>bei Gründung</b> Diesem Antrag liegt das vorläufige Konzept vom _____ zugrunde.  <input type="checkbox"/> <b>bei Krise/Konsolidierung</b>																								
<b>B</b>	<b>Mitwirkung, Hinweise</b>																								
	<p>Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und fügen Sie die unter Buchstabe <b>G</b> genannten Unterlagen bei. Bei Versand unverschlüsselter E-Mails besteht das Risiko der Kenntnisnahme und Offenlegung durch Dritte. Daten mit hohem Schutzbedarf (z. B. Feststellungsbescheid) sollten daher nicht per E-Mail eingereicht werden.</p> <p>Alle unsere Mitarbeiter/innen sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.</p> <p>Ihre Angaben sind erforderlich, um den Antrag zu bearbeiten (vgl. § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – SGB I). Im Falle fehlender Mitwirkung kann die Leistung nicht oder nicht in voller Höhe gewährt werden (§ 66 SGB I).</p> <p>Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Leistungen nicht rückwirkend, sondern frühestens ab dem Monat der Antragstellung bewilligt werden können.</p> <p>Bei der Verwendung des Begriffes „schwerbehinderte Beschäftigte“ in diesem Antrag ist auch der Personenkreis der gleichgestellten behinderten Menschen gem. § 2 Abs. 3 SGB IX mitumfasst.</p>																								
<b>C</b>	<b>Angaben zum antragstellenden Inklusionsbetrieb</b>																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Name, Anschrift</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Betriebsnummer</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Ansprechpartner/in für Rückfragen zum Antrag:</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;">Name</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">Funktion</td> </tr> <tr> <td>Telefon tagsüber <small>(freiwillige Angabe)</small></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Kontoverbindung des Inklusionsbetriebes:</b></td> </tr> <tr> <td>IBAN</td> <td colspan="2" style="border: 1px dashed black;"></td> </tr> <tr> <td>Kontoinhaber/in <small>(nur wenn nicht Antragsteller/in)</small></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Name, Anschrift			Betriebsnummer			<b>Ansprechpartner/in für Rückfragen zum Antrag:</b>			Name	Funktion		Telefon tagsüber <small>(freiwillige Angabe)</small>			<b>Kontoverbindung des Inklusionsbetriebes:</b>			IBAN			Kontoinhaber/in <small>(nur wenn nicht Antragsteller/in)</small>		
Name, Anschrift																									
Betriebsnummer																									
<b>Ansprechpartner/in für Rückfragen zum Antrag:</b>																									
Name	Funktion																								
Telefon tagsüber <small>(freiwillige Angabe)</small>																									
<b>Kontoverbindung des Inklusionsbetriebes:</b>																									
IBAN																									
Kontoinhaber/in <small>(nur wenn nicht Antragsteller/in)</small>																									

**D****Begründung für Antrag**

Höhe der voraussichtlichen Kosten laut Angebot: \_\_\_\_\_ €

**E****Sonstige Angaben**

Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. Kammern, Landesgesellschaften) ein Antrag auf gleichartige Leistungen gestellt bzw. bewilligt (▶ siehe ggf. beizufügende Unterlagen (Buchstabe **G**).

 nein ja ▶ Name und Anschrift der Stelle, ggf. Aktenzeichen**F****Datenschutz**

Ich nehme zur Kenntnis, dass die angegebenen Daten elektronisch gespeichert werden.

**G****Beizufügende Unterlagen (Zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)**

Bitte gehen Sie die Liste der aufgeführten Unterlagen genau durch und fügen Sie dem Antrag die zutreffenden Anlagen, wenn möglich, bei. Das Einreichen von einfachen Kopien ist ausreichend. Sie ersparen damit Rückfragen und zeitaufwendige Ermittlungen.

Folgende Unterlagen liegen diesem Antrag bei:

 Angebot(e) Rechnungen (nur möglich bei erteiltem vorzeitigem Maßnahmebeginn) Bescheid über vorrangige Leistungen anderer Kostenträger \_\_\_\_\_**H****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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Firmenstempel