



## D Angaben zum Beruf

Ich bin

Arbeitnehmer/in  Beamtin/Beamter  Selbständige/r  Rentner/in

Anschrift des Arbeitgebers mit Telefonnummer

Wochenarbeitszeit  
(Std)

beim jetzigen Arbeitgeber  
beschäftigt seit

Arbeitsaufnahme ab

befristet  
bis

vorgesehen bei (Firma mit Tel.-Nr.)

insgesamt berufstätig  
seit

arbeitslos  
seit

in Umschulung  
seit

rentenversichert bei (Anschrift) – bitte auch freiwillige gesetzliche Versicherung bei Selbstständigen angeben!

Versicherungs-Nr.

Bei Selbstständigen: Besteht allgemein oder für das geplante Vorhaben Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG?

nein  ja

## E Angaben zur beantragten Leistung

Was wird beantragt? ➔ (Bitte Angebot, Kostenaufstellung, ggf. Bildprospekt beifügen)

Begründung: ➔ (bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht)

## F Sonstige Angaben

Wann haben Sie zuletzt für den gleichen Zweck Leistungen erhalten?

Haben Sie Anträge auf gleichartige Leistungen, Gewährung von Renten oder ähnlichen Bezügen gestellt, über die noch nicht entschieden ist?

nein

ja, Name und Anschrift der Dienststelle: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Beteiligt sich der Arbeitgeber an den Kosten?

nein

ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro.

➔ Das Inklusionsamt wird ggf. Ihren Arbeitgeber über diesen Antrag informieren.

## 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 sowie das Hinweismuster für meine/n Arbeitgeber/in dieser/diesem ausgehändigt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Hinweise zum Datenschutz für Arbeitnehmer – 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](mailto: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](mailto: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.**



## Hinweise zum Datenschutz für Arbeitgeber – Leistungen an Arbeitnehmer

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

Ihr Arbeitnehmer/Ihre Arbeitnehmerin hat Leistungen beim Inklusionsamt beantragt. Für diesen Antrag werden folgende Angaben benötigt: Ihr Firmenname, Ihre Firmenanschrift sowie Ihre betriebliche Telefonnummer. Ihr Arbeitnehmer/Ihre Arbeitnehmerin ist daher verpflichtet, Ihnen diese Hinweise auszuhändigen.

**Alle Angaben, die Sie im Rahmen des Verfahrens gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen brauchen wir, um den Antrag zu bearbeiten.** Die Rechtsgrundlage dafür ist § 185 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) i.V.m. der Schwerkbehinderten - 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 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 einer 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 **vollständigen**, 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 der Antrag zurückgenommen wird oder Sie 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 stattgefundenene 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@zbfbs.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@zbfbs.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.**