Antrag auf personelle Unterstützung (PU) / Beschäftigungssicherungszuschuss (BSZ) als finanzielle Hilfe aus Mitteln der Ausgleichsabgabe gemäß § 27 SchwbAV, Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen

Antrag bitte senden an:

☐ Für **Beschäftigungssicherungszuschuss (BSZ)**: LVR Integrationsamt Köln
☐ Für **personelle Unterstützung:** Fachstelle für behinderte Menschen im Arbeitsleben

1) Angaben zum Arbeitgeber		
Firmenname (vollständige Bezeichnung, GmbH, Inhaber usw.), Anschrift, Tel.-Nr. (falls der Arbeitsort vom Firmensitz abweicht, bitte auch diese Adresse angeben		
Bankverbindung (**IBAN**):	Kontoinhaber (Name, Rechtsform und Anschrift):	
Arbeitsplätze insgesamt:	davon mit schwerbehinderten/gleichgestellten Personen besetzt:	Quote:
Kontaktperson (Name, Tel.-Nr.)	Schwerbehindertenvertretung (Name, Tel.-Nr.)	

2) Angaben zur Person der Arbeitnehmerin /des Arbeitnehmers			
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad d. Behinderung	Betriebszugehörigkeit seit
Firmenzugehörigkeit seit _____	Rentenversicherungsnummer/Rententräger _____		
ggf. med. Reha-Maßnahme Datum: _____	Kostenträger dieser Maßnahme _____		

3) Angaben zum Arbeitsplatz		
wöchentliche **Arbeitszeit** einer Vollzeitkraft	wöchentliche **Arbeitszeit** der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters	Jahresdurchschnitt des **Arbeitnehmerbruttos** (inklusive Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld usw.) **monatlich:** _____ **€** Wird die abweichende Arbeitsleistung hierbei schon berücksichtigt? ☐ Ja ☐ Nein
zur Zeit ausgeübte **Tätigkeit**	**Arbeitsvertrag** befristet bis:_____ ☐ unbefristet ☐ verbeamtet **arbeits- / tarifvertraglicher Ausschluss der ordentlichen Kündigung gegeben?** ☐ ja ☐ nein .	

Gibt es bereits entlastende **Maßnahmen** (technisch / organisatorisch / Umsetzung / Arbeitsversuch) **seitens des Arbeitgebers**?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

4) Angaben zur beantragten Leistung

a) Seit wann besteht der Bedarf an personeller Unterstützung?

Unterstützende Person (Name, Vorname):	Wöchentliche Arbeitszeit	Monatl. Bruttoeinkommen

Entstehen außergewöhnliche Belastungen durch eine zusätzliche personelle Unterstützung (PU)? ☐ Nein ☐ Ja	Zeitaufwand in Stunden pro Tag: _____
b) bei Beschäftigungssicherungszuschuss: Bleibt die **Arbeitsleistung** aufgrund einer Behinderung erheblich hinter der Durchschnittsleitung zurück (**BSZ**)? ☐ Nein ☐ Ja	Höhe in %: _____ ☐ geschätzt ☐ Berechnung ☐ Nachweise

Antragsbegründung: Möglichst **konkrete Beschreibung** der aus Ihrer Sicht bestehenden Leistungseinschränkung (z. Bsp. geringere Stückzahl etc.), bzw. **konkrete Beschreibung** der Art und der Häufigkeit der Unterstützung sowie mögliche Ursachen und betriebliche Auswirkungen.
(ggf. auf gesondertem Blatt fortführen)

Sehen Sie **weitere** Möglichkeiten, die Arbeitsbedingungen durch technische **Maßnahmen / Hilfsmittel** zu verbessern?

☐ Nein ☐ Ja, welche:

Sind behinderungsbedingte **Zusatzpausen** erforderlich?

☐ Nein ☐ Ja, wie viele: ☐ wie lange jeweils

Ist die Leistungsabweichung **beeinflussbar**?

☐ **Nein**, Gründe hierfür:

☐ **Ja, durch:**

☐ organisatorische Maßnahmen (Ablauf, Arbeitszeit usw.)

☐ Arbeitsplatzumgestaltung

☐ Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz

☐ Neueinrichtung eines Arbeitsplatzes

☐ Ausbildung und Qualifizierung

Haben Sie sich bei der Antragstellung **beraten** lassen?

☐ Nein ☐ Ja, von:

Erhalten Sie **weitere Zuschüsse** bzw. haben Sie solche beantragt?
(z. Bsp. von der Agentur für Arbeit, der Fachstelle für behinderte Menschen, o.ä.)

☐ Nein ☐ Ja, von (bzw. beantragt bei): _____

in Höhe von _____

für den Zeitraum vom _____ bis _____

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende **Unterlagen** bei:

- Kopie des vollständigen **Feststellungsbescheides**
- Kopie des **aktuellen Schwerbehindertenausweises** (oder des Gleichstellungsbescheides)
- Kopie des **Arbeitsvertrages**
- **Tätigkeitsbeschreibung**
- eine Kopie **einer Lohnabrechnung der unterstützten und der unterstützenden Person** aus den letzten 3 Monaten
- „Checkliste“ zum Antrag nach § 27 SchwbAV

Bei der personellen Unterstützung ist zusätzlich vor der Auszahlung durch den Arbeitgeber eine **Bestätigung der** den schwerbehinderten Menschen **unterstützenden Person** vorzulegen, in dem diese die Unterstützung in dem bewilligtem Umfang bestätigt **und** bestätigt, dass sie mir der Weitergabe der wesentlichen Informationen über die Höhe ihres Gehaltes einverstanden ist.

Ich versichere **die Richtigkeit und Vollständigkeit** meiner Angaben.

Ich bestätige, dass mir die geltenden Regelungen des **Mindestlohngesetzes (MiLoG)** bekannt sind und auf das Beschäftigungsverhältnis mit den im Antrag genannten Menschen mit Behinderung angewandt werden.

_____ _____

Ort**, Datum** Firmen- / Dienststempel,

_____ _____

Name Unterschrift