Sozial- und Inklusionsamt

1. Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Lohnkostenzuschuss / Budget für Arbeit)
Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (SGB IX)

❒ **Lohnkostenzuschuss bei voller Sozialversicherungspflicht (LKZ)**
❒ **Lohnkostenzuschuss bei teilweiser Sozialversicherungspflicht (Budget für Arbeit)**

1. Persönliche Daten des Antragstellers Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises bei (Vorder- und Rückseite)	
Nachname, ggf. Geburtsname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum u. Geburtsort	
Telefonnummer/E-Mail	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Familienstand	❒ ledig ❒ verheiratet ❒ verwitwet ❒ getrennt lebend ❒ geschieden
Staatsangehörigkeit	
ggf. ausländerrechtl. Status	
Schwerbehindertenausweis	❒ es liegt kein Schwerbehindertenausweis vor ❒ Ausweis liegt vor **(bitte fügen Sie eine Kopie bei)** ❒ Ausweis wurde beantragt
Vertretungsberechtigte/r	❒ keiner ❒ Erziehungsberechtigte/r ❒ Betreuer/in ❒ Bevollmächtigte/r
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefonnummer/E-Mail	

2. Angaben zur Wohnform		
Wie wohnen Sie?	❒ selbstständig in eigenem Wohnraum	
	❒ bei den Eltern/Angehörigen	
	❒ Ambulant Betreutes Wohnen	Kostenträger _____
	❒ Betreutes Wohnen in Familien	Kostenträger_____
	❒ Wohnheim	Kostenträger _____

3. Angaben zum Arbeitsverhältnis	
Arbeitsverhältnis (Name und Anschrift des Arbeitgebers)	
Beginn Arbeitsvertrag (befristet / unbefristet)	
Welche Arbeitstätigkeiten üben Sie aus? (z.B. Helfertätigkeit im Lager)	

4. Erklärung

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muss.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Tatsachen, die für die Hilfegewährung maßgebend sind, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse z.B. Arbeitsaufnahme, Leistungen Agentur für Arbeit usw. sowie Aufenthaltsverhältnisse sofort unaufgefordert mitzuteilen (Wohnortwechsel, Krankenhausaufenthalte und Kuren müssen sofort mitgeteilt werden, sonstige Abwesenheiten nur, wenn sie länger als drei Wochen dauern, z.B. Verwandtenbesuche).

Die Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 Sozialgesetzbuch I (SGB I) erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Mir ist bekannt, dass mir die beantragten Leistungen ohne weitere Ermittlungen ganz oder teilweise versagt werden können, wenn ich meinen Mitwirkungspflichten nicht nachkomme (§ 66 SGB I).
Ich bin darüber informiert, dass personenbezogene Daten im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.
Soweit für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich ist, bin ich mit einer Begutachtung durch das Gesundheitsamt einverstanden. Sollte ich Einwände dagegen haben, teile ich dies dem Sozial- und Inklusionsamt umgehend mit, damit mir alternative Sachverständige, die das Gutachten erstellen können, genannt werden können.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift**

(1) Die Teilnahme am automatisierten Datenabgleich gem. § 118 SGB XII bedeutet, dass das Sozial- und Inklusionsamt Informationen von anderen Stellen (z.B. Bundesanstalt für Arbeit, Rentenversicherungsträgern, Sozialämtern, Krankenkassen) erhält, falls Sie von dort ebenfalls Leistungen beziehen.