

**Antrag auf Leistungen
nach dem Sozialgesetzbuch
- Neuntes Buch - (SGB IX)
i. V. m. der Schwerbehinderten-
Ausgleichsabgabeverordnung
(SchwbAV)**

Wichtiger Hinweis:
Finanzielle Leistungen können in der Regel nur dann bewilligt werden, wenn ein entsprechender Antrag vor Vertragsabschluss (Kauf/Bestellung/Darlehen etc.) gestellt wird.

- Technische Arbeitshilfen (§ 19 SchwbAV)
- Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten (§ 24 SchwbAV)
- Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 25 SchwbAV)

1 Persönliche Angaben

| | | |
|--|---------------------------------|--------------|
| Name, Vorname | | Geburtsdatum |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | |
| Kreis | Telefon (tagsüber) | |
| Kontonummer | Name und Sitz des Geldinstituts | Bankleitzahl |

2 Allgemeine Angaben zur Behinderung

| | |
|--|---|
| Ich bin <input type="checkbox"/> schwerbehindert <input type="checkbox"/> gleichgestellt Aktenzeichen der Anerkennung | ⇨ Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamts und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid des Arbeitsamts in Kopie beifügen. |
| 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"/> | |

3 Angaben zum Beruf

| | |
|---|---|
| Ich bin <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> | |
| Anschrift des Arbeitgebers (mit Telefon-Nr.) | |
| <input type="checkbox"/> beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit _____ <input type="checkbox"/> insgesamt berufstätig seit _____ <input type="checkbox"/> arbeitslos seit _____ <input type="checkbox"/> in Umschulung seit _____ | Arbeitsaufnahme _____ ab _____ vorgesehen bei (Firma mit Tel.-Nr.) |
| <input type="checkbox"/> rentenversichert bei (Anschrift) | Versicherungs-Nr. |

4 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) |

5 Sonstige Angaben

| | |
|--|--|
| 1. Wann haben Sie zuletzt für den gleichen Zweck Leistungen erhalten? | |
| 2. Haben Sie Anträge auf gleichartige Leistungen, Gewährung von Renten oder ähnlichen Bezügen gestellt, über die noch nicht entschieden ist? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name und Anschrift der Dienststelle, die diese Leistungen gewährt |
| | Aktenzeichen |
| 3. Beteiligt sich der Arbeitgeber an den Kosten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von _____ EUR ⇨ Das Integrationsamt wird ggf. Ihren Arbeitgeber über diesen Antrag informieren. ⇨ |

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, jede Änderung in meinen persönlichen Verhältnissen unverzüglich mitzuteilen. Die Anzeigepflicht erstreckt sich auch auf die Unterrichtung der Bewilligungsbehörde über Anträge auf Gewährung von Renten oder ähnliche Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrags gestellt werden.

Es ist mir bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen von mir zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von mir vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.

Ort, Datum

Unterschrift