

**Antrag auf Gewährung einer finanziellen Hilfe
 aus der Ausgleichsabgabe
 Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes (§ 20 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.

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)			
Landkreis	Telefon (tagsüber)	Anzahl der von mir unterhaltenen Angehörigen	
IBAN (Internat. Bank Account Number, Internationale Bankkontonummer) DE	Name und Sitz des Geldinstitutes		BIC (Bank-Identifizierungs-Code)

2. Beantragte Leistung

<input type="checkbox"/> Finanzielle Hilfe zu den Anschaffungskosten eines Kraftfahrzeuges (KfZ) <input type="checkbox"/> Übernahme der Kosten von <input type="checkbox"/> behinderungsbedingten Zusatzausstattungen <input type="checkbox"/> Reparaturen der Zusatzausstattungen <input type="checkbox"/> Finanzielle Hilfe für die Erlangung des Führerscheins <input type="checkbox"/> Übernahme der Beförderungskosten
--

3. Allgemeine Angaben zur Behinderung

Ich bin <input type="checkbox"/> schwerbehindert <input type="checkbox"/> gleichgestellt Aktenzeichen der Anerkennung / Behinderung	Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen.
Die Behandlung 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"/> einen Impfschaden <input type="checkbox"/> einer Krankheit <input type="checkbox"/> einer Gewalttat <input type="checkbox"/> sonstiges	

4. Angaben zum Beruf

Ich bin	
<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Rentner/in	
Arbeitsplatz / Ausbildungsort	
Name und Anschrift des Arbeitgebers / der Ausbildungseinrichtung	Telefon
Art der Tätigkeit / Ausbildung	
Seit wann sind Sie dort beschäftigt / in Ausbildung?	
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?	Grund
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zum	Grund
Wann endet das Ausbildungsverhältnis?	Grund
Handelt es sich um einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

5. Berufsausübung

Sind Sie zur Berufsausübung im Rahmen Ihres Beschäftigungsverhältnisses (Außendiensttätigkeit) auf ein Kfz angewiesen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, berufsbedingte Kilometerleistung jährlich: _____ Kilometer
Steht ein Firmenfahrzeug zur Verfügung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn nein , bitte Arbeitsvertrag vorlegen und Bescheinigung des Arbeitgebers über die Vertragsbedingungen für nichtbehinderte Menschen beifügen
Sind Sie in Heimarbeit beschäftigt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wird die Arbeit selbst beim Auftraggeber abgeholt oder abgeliefert?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bitte Bescheinigung des Auftraggebers beifügen.
Sind Sie selbständig tätig?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bitte Nachweise beifügen (z.B. Gewerbeschein, Arbeitserlaubnis)

6. Angaben zur Fahrerlaubnis und zum Arbeitsweg

Ich besitze einen Führerschein	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Auflagen im Führerschein sind eingetragen	
<input type="checkbox"/> ja, entsprechend beiliegender Kopie	<input type="checkbox"/> nein
Die Arbeitsstelle wurde bisher erreicht mit	
<input type="checkbox"/> Öffentlichen Verkehrsmitteln	<input type="checkbox"/> Privat Pkw
<input type="checkbox"/> Mitfahrgelegenheit	

Die einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz beträgt _____ km
Der Fußweg zwischen Wohnung und der nächsten Haltestelle beträgt _____ km
Der Fußweg zwischen Haltestelle und Arbeitsplatz beträgt _____ km
Ist ein Umsteigen erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verkehrsweg
Verkehrt zwischen Ihrer Wohnung und dem Arbeitsplatz / Ausbildungsort ein vom Arbeitgeber / von der Ausbildungseinrichtung zur Verfügung gestelltes Beförderungsmittel (z.B. Werkbus)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Warum sind Sie auf die Benutzung eines Kfz angewiesen?
Wie haben Sie Ihren Arbeitsplatz / Ausbildungsort bisher erreicht?
Ist ein Wohnortwechsel geplant? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zum Neue Anschrift:
Ist ein Arbeitsplatzwechsel oder Ausbildungsortwechsel geplant? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zum Neue Anschrift:

7. Führerschein / Beförderungskosten

Sind Sie im Besitz eines gültigen Führerscheins? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bitte Kopie beifügen
Beabsichtigen Sie das Kfz selbst zu fahren? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn nein , wer soll das Fahrzeug fahren (auch Beförderungsdienst)?
Wann soll mit der Fahrausbildung begonnen werden?

8. Antrag auf finanzielle Hilfe zu den Anschaffungskosten eines Kraftfahrzeuges

Welches Kfz wollen Sie erwerben? <input type="checkbox"/> Neuwagen <input type="checkbox"/> Gebrauchtwagen	Modell (genaue Typenbezeichnung)	Baujahr
Bei Anschaffung eines Neuwagens, wie hoch war der seinerzeitige Neuwagenpreis?		€ falls vorhanden, bitte Belege beifügen
Ist der Gebrauchtwagen ganz oder teilweise mit für Sie erforderlichen, behinderungsbedingten Zusatzausstattungen ausgerüstet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche		
Preis / Kostenvoranschlag des anzuschaffenden Kfz?		€ bitte Belege beifügen
Haben Sie bereits einen Kaufvertrag oder eine verbindliche Bestellung unterschrieben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen Warum haben Sie den Vertrag oder die verbindliche Bestellung vor Antragstellung unterschrieben?		

9. Bisheriges Kraftfahrzeug

Besitzen Sie oder besaßen Sie in den letzten Jahren ein Kfz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte ffg. Fahrzeugschein in Kopie beifügen					
Modell (genaue Typenbezeichnung)	Anzahl der Türen	Kilometer-Stand	Baujahr	Erstzulassung am	Automatik <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welche erforderliche, behinderungsbedingte Zusatzausstattung ist oder war bereits im Kfz enthalten? Warum können Sie das Fahrzeug nicht mehr nutzen (z.B. Unfallschäden, außergewöhnliche Reparaturen, behinderungsbedingter Wechsel des Fahrzeuges erforderlich)? <p style="text-align: right;"><i>Bitte Nachweise beifügen</i></p>					
Restwert des Kfz			€	<i>Bitte Nachweise beifügen</i> (z.B. Sachverständigengutachten)	
Ersatzleistung des Kfz-Versicherers (Haftpflichtversicherung oder Vollkasko)			€	<i>Bitte Nachweise beifügen</i>	

10. Antrag auf Kostenübernahme für behinderungsbedingte Zusatzausstattungen oder deren Reparaturen

	<p>Sollen behinderungsbedingte Zusatzausstattungen <i>Bitte Kostenvoranschlag beifügen</i></p> <p>- angeschafft werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche? _____</p> <p>- repariert werden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche? _____</p>
	<p>Haben Sie bereits einen Kaufvertrag oder eine verbindliche Bestellung unterschrieben?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen</p> <p style="text-align: center;">Warum haben Sie den Vertrag oder die verbindliche Bestellung vor Antragstellung unterschrieben?</p> <p style="text-align: center;">_____</p>

11. Kostenzuschüsse anderer Stellen

	<p>Haben Sie einen Kostenzuschuss bei anderen Stellen beantragt oder von anderen Stellen erhalten?</p>	<p>von (z.B. Versorgungsamt)</p>	<p>Aktenzeichen</p>
<input type="checkbox"/> für das Kfz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> für die behinderungsbedingten Zusatzleistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> für den Führerschein	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<i>Bitte entsprechende Nachweise führen</i>			

Beantwortung der Ziffern 11 und 12 nicht erforderlich, wenn nur behinderungsbedingte Zusatzausstattungen beantragt werden (z.B. Kfz-Sitz)

12. Einkünfte

<p>Welche monatlichen Einkünfte beziehen Sie?</p>	<p>Bitte folgende Unterlagen beifügen:</p>
<input type="checkbox"/> Nettoarbeitsgelt _____ €	
<input type="checkbox"/> Nettoarbeitseinkommen _____ €	<p>letzter Einkommensteuerbescheid (Angaben, die nicht die Höhe des Arbeitseinkommens betreffen, können von Ihnen unkenntlich gemacht werden) oder Bestätigung Ihres Steuerberaters über die Höhe des Arbeitseinkommens</p> <p style="text-align: center;">- Kopie ausreichend -</p>
<input type="checkbox"/> Rente _____ €	<p>letzte Rentenmitteilung – <i>Kopie ausreichend</i></p>
<input type="checkbox"/> sonstige Entgeltersatzleistungen (z.B. Verletztengeld, Kurzarbeitergeld)	<p>entsprechende Nachweise</p>
Welche?	

13. Familienangehörige / Unterhaltsleistungen (Bitte Nachweise beifügen)

Unterhalten Sie Familienangehörige?						
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja						
lfd. Nr.	Name, Vorname des Familienangehörigen	Geburtsdatum	Familienangehörigkeit / Verwandtschaftsverhältnis	Höhe des monatlichen Nettoeinkommens	Besteht häusliche Gemeinschafts mit der Antragstellerin / dem Antragsteller?	Höhe des Unterhalts, wenn keine häusliche Gemeinschaft besteht
			Euro			Euro
1					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
2					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
3					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
4					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
5					<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

14. Sonstige Angaben

1. Wann und von welcher Stelle haben Sie zuletzt für den gleichen Zweck Leistungen erhalten?	Name der Dienststelle
	Datum Aktenzeichen:
2. Haben Sie Anträge auf gleichartige Leistungen, Gewährung von Renten oder ähnlichen Bezügen gestellt, über die noch nicht entschieden sind?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name und Anschrift der Dienststelle
	Aktenzeichen:

Hinweis

Der Antragsteller versichert, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben und verpflichtet sich, jede Änderung der in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge auf Gewährung von Renten oder ähnlichen Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrags gestellt werden.

Dem Antragsteller ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn Angaben, die zu ihrer Gewährung geführt haben, vorsätzlich oder grob fahrlässig gemacht wurden.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben der Fachstelle der Kreisverwaltung Unna / des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (Integrationsamt) erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.1977 - BGBl. I S. 201 -). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlagen

- Kostenvoranschlag
- Führerschein, Kopie ausreichend
- Fahrzeugschein des bisherigen Kfz, Kopie ausreichend
- Bescheid über die Feststellung der Schwerbehinderung / Gleichstellung oder Schwerbehindertenausweis, Kopie ausreichend
-

Hinweis:

Ein Antrag kann erst bearbeitet werden, wenn alle Unterlagen vorliegen.