

**LWL-Integrationsamt Westfalen**  
**48133 Münster**

**Antrag auf Leistungen an Arbeitgeber  
bei außergewöhnlichen Belastungen**  
**(§27 SchwbAV)**

**Wichtiger Hinweis:**  
Finanzielle Leistungen können frühestens ab dem Antragsmonat bewilligt werden.

**1. Angaben zum Arbeitgeber**

Name, Anschrift, Tel.-Nr.:								Für Rückfragen steht zur Verfügung (Name, Tel., Fax, Mail):			
								BR-/PR oder / MAV-Vorsitzende/r (Name, Tel., Fax, Mail):			
Betriebsnummer:								Schwerbehindertenvertretung (Name, Tel., Fax, Mail):			
Bankverbindung (Name Bank, BLZ, Kontonummer)											
Geltender Tarifvertrag:								Übliche Wochenarbeitszeit (Stunden):			
Gesamtzahl der Beschäftigten: <b>(Wenn mehr als 20: Bitte Kopie der letzten Anzeige nach §80 Abs. 2 SGB IX beifügen!)</b> Weniger als 20 Mehr als 20											

**2. Angaben zur/zum Arbeitnehmer/in**

Name, Vorname		Geburtsdatum:	
		Familienstand:	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)		ggf. Name, Anschrift, Tel. des gesetzlichen Betreuers	
Behindertenstatus: Schwerbehindert Gleichgestellt Nicht bekannt		<b>Wenn schwerbehindert: Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen!</b>  <b>Wenn gleichgestellt: Bitte Kopie des Gleichstellungsbescheides der Agentur für Arbeit beifügen!</b>	
Ausbildungsabschluss:	Eintrittsdatum:	<b>Bitte Kopie des Dienst- bzw. Arbeitsvertrages beifügen!</b>	
Zuletzt tätig als:			
Tarifliche Lohn- bzw. Vergütungsgruppe:			
Wochenarbeitszeit (Stunden):			
Wir haben bei der Einstellung der/des Arbeitnehmers/in Zuschüsse von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder vom Unfallversicherungsträger erhalten Ja Nein		<b>Wenn Ja: Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!</b>	

Die /der Arbeitnehmer/in ist nur noch außerordentlich kündbar

Nein, ordentliche Kündigung ist möglich

Ja, nach Tarifvertrag ist die ordentliche Kündigung aufgrund des Lebensalters und der Dauer der Betriebszugehörigkeit ausgeschlossen

Ja, nach KSchG bzw. SGB IX ist die ordentliche Kündigung aufgrund der Funktion als Betriebsrat bzw. Personalrat bzw. Schwerbehindertenvertretung ausgeschlossen

### 3. Angaben zur beantragten Leistung

**Bitte fügen Sie auf einem gesonderten Blatt eine Beschreibung des Arbeitsplatzes (Aufgabengebietes) bei! Benennen Sie darin bitte die Teil-Aufgaben, in die sich das Gesamt-Aufgabengebiet untergliedert und geben Sie jeweils den prozentualen Anteil an!**

Im Zusammenhang mit der Beschäftigung der/des Arbeitnehmers/in auf seinem jetzigen Arbeitsplatz entstehen uns außergewöhnliche Belastungen, weil

sie/er wegen der Behinderung ständig, in erheblichem zeitlichem Umfang am Arbeitsplatz durch Dritte (z.B. Arbeitskollegen/innen, Vorgesetzte) unterstützt werden muss

**Bitte erläutern Sie auf einem gesonderten Blatt ausführlich, bei welchen Teil-Aufgaben, durch wen, in welcher Form und in welchem zeitlichen Umfang (Min./pro Arbeitstag)**

oder/und

**Oder/und**

sie/er wegen der Behinderung in ihrer/seiner Arbeitsleistung (evtl. trotz Unterstützung seitens Dritter) ständig erheblich hinter der Normleistung zurückbleibt

**Bei welchen Teil-Aufgaben, in welcher Form und in welchem Umfang (%) Leistungsdefizite zu beobachten sind. Falls eine Leistungserfassung stattfindet, fügen Sie bitte entsprechende Nachweise für einen repräsentativen Zeitraum bei.**

Die/der Arbeitnehmer/in erhält für ihre/seine Tätigkeit das reguläre tarifliche Entgelt oder, soweit eine tarifliche Regelung nicht besteht bz. Nicht anwendbar ist, das ortsübliche Arbeitsentgelt

**Bitte fügen Sie Fotokopien der letzten 3 Verdienstabrechnungen bei!**

Ja

Nein

Im Betrieb/ In der Dienststelle gibt es andere Arbeitnehmer/innen, die ein vergleichbares Aufgabengebiet haben

Ja

Nein

Wenn ja, deren Bruttostundenlohn bzw. deren Bruttomonatsgehalt beträgt EUR

Wir haben uns hinsichtlich der Gewährung eines Zuschusses zu den außergewöhnlichen Belastungen bereits an Mitarbeiter/innen des örtlichen Trägers für Aufgaben nach dem SGB IX oder des Integrationsfachdienstes gewandt

Nein

Ja, unser/e Gesprächspartner/in war Frau/Herr

Wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit unserer o.a. Angaben. Wir sind uns darüber im klaren, dass das LWL-Integrationsamt Westfalen einen evtl. Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise, auch mit Wirkung für die Vergangenheit zurücknehmen und uns zur Erstattung bereits erbrachter Leistungen auffordern kann, wenn der Bewilligungsbescheid durch arglistige Täuschung erwirkt wurde oder wenn er auf Aufgaben beruht, die wir vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht haben.

Wir sind unterrichtet, dass die von uns erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des LWL-Integrationsamtes Westfalen erforderlich sind und zum Teil karteimässig erfasst oder elektronisch gespeichert werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.1977 – BGBl. I S. 201-). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 SGB X.

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

\_\_\_\_\_  
Firmen-/Dienststempel, Unterschrift