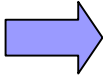
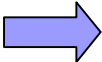
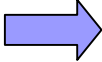
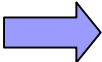


3. Angaben zur beantragten Leistung	
	Bitte fügen Sie auf einem gesonderten Blatt eine Beschreibung des Arbeitsplatzes (Aufgabengebietes) bei ! Benennen Sie darin bitte die Teil-Aufgaben, in die sich das Gesamt-Aufgabengebiet untergliedert und und geben Sie jeweils den prozentualen Anteil an !
Im Zusammenhang mit der Beschäftigung der/des Arbeitnehmer/in auf seinem jetzigen Arbeitsplatz entstehen uns außergewöhnliche Belastungen, weil	
<input type="checkbox"/> sie/er wegen der Behinderung ständig, in erheblichem zeitl. Umfang am Arbeitsplatz durch Dritte (z. B. Arbeitskollegen/innen, Vorgesetzte) unterstützt werden muss	
<i>oder/ und</i>	<i>oder / und</i>
<input type="checkbox"/> sie/er wegen der Behinderung in ihrer/seiner Arbeitsleistung (evtl. trotz Unterstützung seitens Dritter) ständig erheblich hinter der Normalleistung zurückbleibt	
	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) durchschnittlich Unterstützung geleistet werden muss 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 (mindestens 2 zusammenhängende Arbeitswochen) bei !
Die/der Arbeitnehmer/in erhält für ihre/seine Tätigkeit das reguläre tarifliche Entgelt oder, soweit eine tarifliche Regelung nicht besteht bzw. nicht anwendbar ist, das ortsübliche Arbeitsentgelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Bitte fügen Sie Fotokopien der letzten 3 Verdienstabrechnungen bei !
Im Betrieb/ in der Dienststelle gibt es <u>andere</u> Arbeitnehmer/innen , die ein <u>vergleichbares</u> Aufgabengebiet haben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 der örtlichen Fürsorgestelle oder des Integrationsfachdienstes gewandt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 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 Angaben beruht, die wir vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht haben.

Wir sind darüber unterrichtet, dass die von uns erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des LWL-Integrationsamtes 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