

Informationen zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach § 27 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV)

Die Mehrzahl der schwerbehinderten Menschen, die im Arbeitsleben stehen, erfüllt die bestehenden arbeitsvertraglichen Verpflichtungen ohne oder mit nur geringen Beeinträchtigungen. Im Einzelfall kann es jedoch vorkommen, dass es Leistungsauffälligkeiten gibt, die für Sie als Arbeitgeber zu einer außergewöhnlichen Belastung führen. Unter welchen Voraussetzungen Sie in diesen Fällen einen Zuschuss vom LWL-Inklusionsamt Arbeit bekommen und bei uns einen entsprechenden Antrag stellen können, möchten wir im Folgenden erläutern:

1. Betroffener Personenkreis:

Bei Ihrer Mitarbeiterin/Ihrem Mitarbeiter muss eine anerkannte Schwerbehinderung oder eine Gleichstellung durch die Agentur für Arbeit vorliegen. Der Nachweis erfolgt über den Schwerbehindertenausweis bzw. den Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit. Der Feststellungsbescheid gibt in beiden Fällen die erforderliche Auskunft über die anerkannten Behinderungen.

2. Ausgeübte Tätigkeit:

Die Angaben, die wir zum Arbeitsumfeld Ihrer Mitarbeiterin/Ihres Mitarbeiters sowie zu der ausgeübten Tätigkeit benötigen, sind in den Anlagen 1 und 2 vorzunehmen. Allgemeine Stellenbeschreibungen reichen nicht aus, da entscheidend ist, welche Aufgaben Ihre Mitarbeiterin/Ihr Mitarbeiter tatsächlich ausübt.

3. Leistungsauffälligkeit:

Die Leistungsauffälligkeit Ihrer Mitarbeiterin/Ihres Mitarbeiters kann sich unterschiedlich äußern (vgl. Anlage 3). Daher benötigen wir hierzu Ihre konkreten Ausführungen in der Anlage 3a oder als Freitext formuliert.

4. Zusammenhang zwischen Leistungsauffälligkeit und anerkannter Behinderung:

Die von Ihnen beschriebenen Leistungsauffälligkeiten müssen aus den anerkannten Behinderungen resultieren, die im Feststellungsbescheid stehen. Um diesen Zusammenhang herstellen zu können, benötigen wir den Feststellungsbescheid Ihrer Mitarbeiterin/Ihres Mitarbeiters. Da dieser sehr persönliche Angaben enthält, muss Ihre Mitarbeiterin/Ihr Mitarbeiter Ihnen diesen **nicht** vorlegen. Um dem Datenschutz zu entsprechen, sollten Sie Ihre Mitarbeiterin/Ihren Mitarbeiter daher darum bitten, dass sie/er uns eine Kopie des Feststellungsbescheides übermittelt. Gerne kann sich Ihre Mitarbeiterin/Ihr Mitarbeiter bei Bedenken auch mit uns in Verbindung setzen.

Was bedeuten diese Ausführungen nun konkret für Sie als Arbeitgeber?

Um die Leistungsvoraussetzungen prüfen zu können, benötigen wir im Rahmen der Antragstellung die folgenden Unterlagen von Ihnen:

- Vollständig ausgefüllter Antragsvordruck
- Angaben zum Arbeitsumfeld (Anlage 1)
- Tätigkeitsbeschreibung (Anlage 2)
- Darstellung der Leistungsauffälligkeiten (Anlagen 3 und 3a oder Freitext)
- Kopie des Feststellungsbescheides (unter Beachtung des Datenschutzes)
- Kopie des Schwerbehindertenausweises oder des Gleichstellungsbescheides
- Kopie des Arbeitsvertrages
- Die letzten drei Verdienstabrechnungen der betroffenen Mitarbeiterin/des betroffenen Mitarbeiters
- Aktuelle Verdienstabrechnung der Person, die ggf. Unterstützung leistet
- Kopie der letzten Anzeige nach § 163 Abs. 2 SGB IX (bei mehr als 20 Beschäftigten) (Seite 1-3)
- Sofern Sie Leistungen anderer Kostenträger erhalten: Kopie des Bewilligungsbescheides

Was passiert nach Eingang der Antragsunterlagen?

Sobald alle relevanten Unterlagen und Angaben vorliegen, schaltet das für Sie zuständige Fallmanagement einen Fachdienst (technischer Beratungsdienst, Fachdienst für hörbehinderte Menschen, Fachdienst für sehbehinderte Menschen, Integrationsfachdienst) ein, um vor Ort bei Ihnen den weiteren Sachverhalt klären zu lassen.

Sie haben Fragen zum Antragsverfahren?

Die für Sie zuständige Ansprechperson aus dem Fallmanagement sowie die Antragsunterlagen finden Sie unter:

www.lwl-inklusionsamt-arbeit.de/leistungen/Arbeitgeber/belastungen

LWL-Inklusionsamt Arbeit

48133 Münster

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

Wichtiger Hinweis:

Finanzielle Leistungen können frühestens ab dem Monat bewilligt werden, in dem der Antrag beim LWL eingeht.

Az.: 61L- _____

1. Angaben zur Arbeitgeberin/zum Arbeitgeber

Name, Anschrift		Für Rückfragen steht zur Verfügung (Name, Tel., Mail):	
		BR-/PR- oder MAV-Vorsitzende/r (Name, Tel., Mail):	
Betriebsnummer:		Schwerbehindertenvertretung (Name, Tel., Mail):	
Bankverbindung (Name Bank, IBAN, BIC):			
IBAN:		BIC:	
Geltender Tarifvertrag:		Betriebliche Wochenarbeitszeit: _____ Stunden	
Aktuelle anrechenbare Anzahl der Arbeitsplätze: (Bei mehr als 20 Beschäftigten bitte Kopie der letzten Anzeige nach § 163 Abs. 2 SGB IX, S. 1 – 3, beifügen!)		Anzahl der aktuell beschäftigten anrechenbaren Menschen mit Schwerbehinderung und ihnen gleichgestellten Menschen gemäß § 154 SGB IX:	

2. Angaben zur Arbeitnehmerin/zum Arbeitnehmer

Name, Vorname	Geburtsdatum:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	ggf. Name, Anschrift, Tel. des gesetzlichen Betreuers
Behindertenstatus: GdB: _____ <input type="checkbox"/> gleichgestellt	wenn GdB 50 und mehr: Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen!
Mehrfachanrechnung: <input type="checkbox"/> ja, auf _____ Plätze <input type="checkbox"/> nein	wenn gleichgestellt: Bitte Kopie des Gleichstellungsbescheides der Agentur für Arbeit beifügen!
Ausbildungsberuf: beschäftigt seit: <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____	derzeit tätig als: in der Betriebsstätte (Anschrift): Bitte Kopie des Arbeitsvertrages beifügen!

<input type="checkbox"/> Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist nur außerordentlich kündbar, weil <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nach Tarifvertrag die ordentliche Kündigung aufgrund des Lebensalters und der Dauer der Betriebszugehörigkeit ausgeschlossen ist. <input type="checkbox"/> nach KSchG bzw. SGB IX die ordentliche Kündigung aufgrund der Funktion als Betriebsrat/Personalrat bzw. Schwerbehindertenvertretung ausgeschlossen ist.

3. Angaben zur beantragten Leistung

Bitte geben Sie an, <ul style="list-style-type: none"> ➤ welche Arbeitsbedingungen für den Menschen mit Schwerbehinderung am Arbeitsplatz vorliegen (Anlage 1) ➤ welche einzelnen Tätigkeiten von dem Menschen mit Schwerbehinderung zu verrichten sind (Anlage 2) und ➤ bei welcher Tätigkeit sie/er Leistungsauffälligkeiten zeigt und wie sich diese nach Art und Umfang darstellen (s. Erläuterungen Anlage 3). Sie können dies frei formulieren oder die Tabelle (Anlage 3a) nutzen. 	
Erhält der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin für seine/ihre Tätigkeit ein Entgelt in vergleichbarer Höhe wie nichtbehinderte Beschäftigte mit vergleichbarer Tätigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Grund:	
Bitte fügen Sie Kopien der letzten drei Verdienstabrechnungen bei!	
Ich habe mich hinsichtlich der Gewährung eines Zuschusses zu den außergewöhnlichen Belastungen bereits an Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des örtlichen Trägers für Aufgaben nach dem SGB IX (der Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf) oder des Integrationsfachdienstes gewandt. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mein Gesprächspartner/meine Gesprächspartnerin war Herr/Frau	
Ich habe bei der Einstellung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin Zuschüsse von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder vom Unfallversicherungsträger erhalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, von wem? Bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen!

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner o. a. Angaben. Ich bin mir darüber im Klaren, dass das LWL-Inklusionsamt Westfalen einen evtl. Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise, auch mit Wirkung für die Vergangenheit zurücknehmen und mich zur Erstattung bereits erbrachter Leistungen auffordern kann, wenn der Bewilligungsbescheid durch arglistige Täuschung erwirkt wurde oder wenn er auf Angaben beruht, die ich grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht habe.

Ich versichere, dass mir die geltenden Regelungen des Mindestlohngesetzes (MiLoG) bekannt sind und auf das Beschäftigungsverhältnis mit der/dem im Antrag genannten Mitarbeitenden angewendet werden.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – LWL-Inklusionsamt Arbeit – erforderlich sind und zum Teil erfasst, verarbeitet und gespeichert werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 14.01.2003 in der jeweils gültigen Fassung). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

Ort, Datum

Firmen-/Dienststempel, Unterschrift

Beschreibung der Arbeitsbedingungen

Arbeitszeit und Arbeitsweise

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig (z. B. tarifvertragl. Wochenarbeitszeit)
<input type="checkbox"/> unregelmäßig
<input type="checkbox"/> Vollzeit: ____ Wo.-Std.
<input type="checkbox"/> Teilzeit: ____ Wo.-Std.
<input type="checkbox"/> an ____ Tag(en) pro Woche | <input type="checkbox"/> Zweischicht (Früh/Spät)
<input type="checkbox"/> Dreischicht (Früh/Spät/Nacht)
<input type="checkbox"/> Zeitlohn
<input type="checkbox"/> Leistungslohn (Akkord/Prämie) |
|---|---|

Anforderungen/ Beanspruchungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeiten im Stehen/ Sitzen/ Gehen
Verhältnis (%) ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> oft mit erhobenen Armen
<input type="checkbox"/> auf Gerüsten, Leitern etc. | <input type="checkbox"/> an laufender Maschine
<input type="checkbox"/> oft in gebückter Haltung
<input type="checkbox"/> oft kniend, hockend usw. |
|--|--|

- | | regelmäßig | gelegentlich |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Heben/ Tragen von Lasten bis 7 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heben/ Tragen von Lasten von 7 – 20 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heben/ Tragen von Lasten über 20 kg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hebe-oder Tragehilfen sind vorhanden

- nein ja, in Form von _____
 _____ seit: _____

Äußere Einflüsse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeiten bei künstlichem Licht
<input type="checkbox"/> Arbeiten im Freien
<input type="checkbox"/> starker Lärm (dauernd)
<input type="checkbox"/> starker Lärm (zeitweise) | <input type="checkbox"/> Hitze, Kälte, Nässe o. Zugluft
<input type="checkbox"/> hohe Belastung durch Staub, Rauch, Gase o. Dämpfe
<input type="checkbox"/> hautempfindliche Arbeiten |
|--|---|

Führen von (Kraft-)Fahrzeugen während der Arbeitszeit

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PKW
<input type="checkbox"/> LKW <u>ohne</u> Ladearbeiten
<input type="checkbox"/> Gabelstapler | <input type="checkbox"/> Bus
<input type="checkbox"/> LKW <u>mit</u> Ladearbeiten ohne techn. Unterstützung
<input type="checkbox"/> Kran |
|--|---|

Sonstiges

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verantwortung (für Anlagen)
<input type="checkbox"/> Zeit-/Termindruck
<input type="checkbox"/> separater Arbeitsplatz
<input type="checkbox"/> Reisetätigkeit/Außendienst/Montage
<input type="checkbox"/> Arbeiten im Team
<input type="checkbox"/> häufig wechselnde und/ oder parallele Aufgaben | <input type="checkbox"/> Verantwortung (für Personen)
<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr
<input type="checkbox"/> Arbeiten in räumlicher Nähe zu anderen
<input type="checkbox"/> monotone, sich wiederholende Arbeiten
<input type="checkbox"/> ständige Informationsverarbeitung
<input type="checkbox"/> eigenverantwortliches, selbstständiges Arbeiten | <input type="checkbox"/> Führungsaufgaben
<input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmtätigkeit
<input type="checkbox"/> Großraumbüro |
|--|---|--|

Gab es in den letzten 12 Monaten Veränderungen hinsichtlich der Arbeitsinhalte oder der o.a. Arbeitsbedingungen?

- nein ja, folgende: _____

Sind zukünftig (weitere) Veränderungen geplant?

- nein ja, folgende: _____

Tätigkeitsbeschreibung

Bezeichnung der Tätigkeit: _____

Teilaufgaben und deren Gewichtung

	Detaillierte Beschreibung der einzelnen Teilaufgaben	Gewichtung (in % der gesamten Tätigkeit)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

100%

Darstellung der Leistungsauffälligkeiten

Bitte legen Sie zu den einzelnen Tätigkeitsbereichen aus der Anlage 2 dar, welche Leistungsauffälligkeiten Ihre Mitarbeiterin/Ihr Mitarbeiter hat.

Was ist unter einer Leistungsauffälligkeit zu verstehen?

Eine Leistungsauffälligkeit kann sich bei Ihrer Mitarbeiterin/Ihrem Mitarbeiter unterschiedlich äußern.

Leistungsauffälligkeit kann bedeuten, dass Ihre Mitarbeiterin/Ihr Mitarbeiter sich in der Arbeitsweise von vergleichbaren Kolleginnen oder Kollegen unterscheidet (z. B. durch langsames Arbeiten, durch mehr Fehler in der Arbeitsausübung, durch vermehrte Pausen).

Unter Leistungsauffälligkeit kann auch verstanden werden, dass eine Kollegin/ein Kollege oder eine Vorgesetzte/ein Vorgesetzter während der Arbeitszeit Ihre Mitarbeiterin/Ihren Mitarbeiter unterstützt (z. B. durch Motivation, durch Kontrolle, durch Erinnerungen, durch Nachfragen, durch Hilfestellung bei einer konkreten Tätigkeit.).

Um Ihren Antrag bearbeiten zu können, brauchen wir konkrete Angaben zur Art der Leistungsauffälligkeit und zu deren Umfang.

Bitte geben Sie daher an, worin die Leistungsauffälligkeit Ihrer Mitarbeiterin/Ihres Mitarbeiters bei den einzelnen Teilaufgaben besteht und in welchem Umfang sie jeweils besteht (in Minuten pro Arbeitswoche). Sofern Ihre Mitarbeiterin/Ihr Mitarbeiter bei der Arbeitsausführung Unterstützung braucht, geben Sie bitte auch die Person an, die diese Unterstützung leistet.

Beispiele für Leistungsauffälligkeiten und zur Darstellung:

- Beim Reinigen des Hotelzimmers werden 45 Minuten statt 30 Minuten benötigt.
- Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter macht drei Pausen statt der üblichen zwei Pausen.
- Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter muss durch den Kollegen Herrn Meyer ca. 50 Minuten in der Woche zur Arbeitsausführung motiviert werden.
- Durch Frau Müller muss eine regelmäßige Kontrolle der Arbeitsergebnisse durchgeführt werden. Pro Woche werden hierfür 60 Minuten benötigt.
- Durch den Vorgesetzten Herrn Schmidt muss daran erinnert werden, die Reinigung einer Maschine durchzuführen. Hierfür werden pro Woche 40 Minuten gebraucht.
- Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter braucht wöchentlich 30 Minuten Hilfe beim Tragen des Wäschesackes durch Frau Schulz.

Zur konkreten Beschreibung der Leistungsauffälligkeiten können Sie die anhängende Tabelle (Anlage 3a) nutzen oder einen Freitext formulieren.

Teilaufgabe laut Anlage 2	Leistungsauffälligkeit: Art der Leistungsauffälligkeit sowie Umfang (Angaben in Minuten pro Arbeitswoche)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
Name der Unterstützungsperson(en)	