

**Antrag auf Gewährung eines  
Zuschusses zur Neuschaffung bzw. behinderungsgerechten Gestaltung eines Arbeitsplatzes gemäß §§ 15 bzw. 26 SchwbAV**

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Integrationsamt Westfalen**

**48133 Münster**

Az. des LWL-Integrationsamtes Westfalen  
(soweit bekannt)  
61L-

**1. Antragsteller/in / Arbeitgeber/in**

Betriebsname, Rechtsform	<b>(unbedingt angeben)</b> <b>Ihre Betriebs-Nr.</b> (können Sie bei der Agentur für Arbeit erfragen):
Straße:  PLZ, Ort:	Telefon:  Telefax:  E-Mail:
Anzahl der aktuell beschäftigten anrechenbaren Menschen mit Schwerbehinderung und gleichgestellten Menschen gemäß §§ 71 ff. SGB IX:	Anrechenbare Arbeitsplätze gemäß §§ 71 ff. SGB IX insgesamt (Stand zurzeit):
Ansprechpartner/in bei Rückfragen:	Telefon:  E-Mail:
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:	Telefon:  E-Mail:
Betriebsratsvorsitzende/r:	Telefon:  E-Mail:
Geltender Tarifvertrag:	Betriebliche Wochenarbeitszeit:

**2. Behinderter Mensch**

**(wenn mehr als eine Person betroffen ist, bitte besondere Aufstellung als Anlage)**

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Grad der Behinderung:	Einstellungsdatum:
Straße, PLZ, Ort:			
Tätigkeit des behinderten Menschen:	Vollzeitbeschäftigung		
Betriebsstätte:	Teilzeitbeschäftigung mit _____ Std./Woche		
Berufsausbildung:	unbefristet		
	befristet bis:		

