

Ministerium für Soziales, Gesundheit,
 Jugend, Familie und Senioren
 des Landes Schleswig-Holstein
 - Integrationsamt -
 Postfach 7061
 24170 Kiel

AZ Integrationsamt

Antrag auf Berufsbegleitung nach § 55 SGB IX

Persönliche Daten AntragstellerIn			
Name, Vorname		geb. am	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Telefon	
Anschrift			
Schulabschluss		Erlerner Beruf	
Gesetzl. Betreuung		Telefon	
Anschrift			
Status der Schwerbehinderung			
Anerkannte Behinderung(en) (laut SB-Bescheid)		Grad der Behinderung	
		Gültig bis	
Gleichstellung	Ja <input type="checkbox"/> beantragt bei <input type="checkbox"/> _____		
Beeinträchtigungen / Probleme mit Auswirkungen auf den Arbeitsplatz			
Übergang in die Berufsbegleitung aus...			
		Gefördert durch	Name der Einrichtung
	InbeQ nach § 55 SGB IX		
	Schule bzw. Förderzentrum		
	WfbM Berufsbildungsbereich		
	Betrieblicher Berufsbildungsbereich (Persönliches Budget)		
	WfbM Arbeitsbereich		
	Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme / Reha		
	Sonstiges bitte eintragen		
	Sonstiges bitte eintragen		

Angaben zum bisherigen Leistungserbringer (unterstützende Stelle)			
Name			
Anschrift			
AnsprechpartnerIn		Telefon/Fax	
Mail			
Maßnahme		von - bis	

Antrag auf Berufsbegleitung nach § 55 SGB IX

Allgemeine Angaben zum Beschäftigungsbetrieb			
Name			Betriebsnummer:
Anschrift			
AnsprechpartnerIn AG		Telefon / Fax	
Geschäftsfeld		Mail	

Angaben zum Arbeitsverhältnis				
(geplanter) Beginn		Befristung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja bis: <input type="text"/>
Umfang der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit mit	Wochenstunden <input type="text"/>	
Höhe Entgelt / Lohn (Arbeitnehmerbrutto)		tariflich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ortsüblich			

Angaben zum Leistungserbringer Berufsbegleitung, Umfang der Berufsbegleitung			
Gewünschter Leistungserbringer		<input type="checkbox"/> Lokaler Integrationsfachdienst <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Beginn Berufsbeglei- tung		Prognostizierte Dauer	<input type="text"/>
Intensität (Std./Woche)		Kosten Fachleistungs- stunde	<input type="text"/>

Themen und Ziele der Berufsbegleitung (bitte im Einzelnen erläutern)
<i>Freier Text</i>

Weitere benötigte bzw. bereits bewilligte Förderbedarfe (z. B. Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherung, Integrationsamt)					
	Voraus. Dauer der Leistung	Höhe der Leistung	Beantragt bei...	Bewilligt von...	Abgelehnt von...
Eingliederungs- zuschuss					
Arbeitsplatzeinrich- tung und- gestaltung					
Technische Hilfen					
Beschäftigungssiche- rungszuschuss (Lohn- kostenzuschuss)					
Betreuungsaufwand					
Arbeitsassistenz					
Sonstiges					
Sonstiges					

Antrag auf Berufsbegleitung nach § 55 SGB IX

Ich beantrage eine Berufsbegleitung (gemäß § 55 SGB IX) im Rahmen meines Beschäftigungsverhältnisses.

Ich bitte zu prüfen, ob ergänzende Leistungen des Integrationsamtes Schleswig-Holstein notwendig bzw. sinnvoll sind.

Es besteht seitens des Leistungserbringers InbeQ

Bedarf kein Bedarf
an einem Planungsgespräch.

Es besteht seitens der Agentur für Arbeit

Bedarf kein Bedarf
an einem Planungsgespräch.

Ort, Datum

Unterschrift AntragstellerIn

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung

Unterschrift LeistungserbringerIn

Unterschrift zuständige Agentur für Arbeit

Abtretungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Integrationsamt Schleswig-Holstein bewilligte Leistung für die Berufsbegleitung nach § 55 SGB IX direkt mit dem Leistungserbringer abgerechnet und der bewilligte Betrag an den Leistungserbringer ausgezahlt wird.

Ort, Datum

Unterschrift AntragstellerIn

ggf. Unterschrift gesetzliche Betreuung

Verbindliche Anlagen:

- SB-Bescheid (Kopie)
- SB-Ausweis (Kopie)
- ggf. Bescheid Gleichstellung durch die Agentur für Arbeit (Kopie)
- Schweigepflichtenbindung (Formular)
- Einstellungs-Absichtserklärung des Arbeitgebers oder Musterentwurf des Arbeitsvertrages (**Hinweis:** eine Kopie des unterzeichneten Arbeitsvertrages ist auf jeden Fall nachzureichen)
- Zwischenberichte (unter Angabe der Praktika) UB-InbeQ
- ggf. Bestellsurkunde bei gesetzlicher Betreuung

Optionale Anlagen:

- Stellenbeschreibung
- Reha-Bericht
- Ärztliches Gutachten

Entbindung von der Schweigepflicht bei Berufsbegleitung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Ort: _____

Damit die geplanten Maßnahmen erfolgreich verlaufen, ist es erforderlich, dass bestimmte Daten unter den handelnden Akteuren ausgetauscht werden können.

Meine persönlichen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Verhältnisse sind personenbezogene Daten, die dem Datenschutz des Sozialgesetzbuches unterfallen (§§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X). Zur Durchführung von Maßnahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben gemäß § 185 Abs. 2-4 SGB IX kann es notwendig sein, Daten zwischen den unten benannten Personen/Institutionen auszutauschen, insbesondere zur

- Beauftragung eines Integrationsfachdienstes zur psychosozialen Betreuung oder
- Beauftragung eines Integrationsfachdienstes oder eines anderen Anbieters der Berufsbegleitung in der Unterstützten Beschäftigung

Diese Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf folgende Bereiche:

- Daten zu meinem Beschäftigungsverhältnis
- Daten, die im Zusammenhang mit meiner Behinderung stehen
- Daten zu meinen wirtschaftlichen Verhältnissen
- Daten zu meinen persönlichen Lebensverhältnissen, soweit deren Kenntnisnahme für die Berufsbegleitung erforderlich sind

Ich befreie die folgenden Institutionen bzw. Personen untereinander von der Schweigepflicht:

- das Integrationsamt Schleswig-Holstein
- den örtlich zuständigen Integrationsfachdienst
- den Anbieter der Unterstützten Beschäftigung (InbeQ-Träger/Berufsbegleitung)
- die örtlich zuständige Fürsorgestelle für behinderte Menschen der Stadt/des Kreises

Ich bin darüber unterrichtet, dass

- die oben beschriebene Maßnahme bei Nichterteilung dieser Schweigepflichtentbindung nicht stattfinden kann,
- diese Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen werden kann und
- die erhobenen Daten in einer automatisierten Datei gespeichert werden können.

Datum und Unterschrift AntragstellerIn

ggf. Datum und Unterschrift gesetzliche Betreuung