

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

## **Finanzielle Hilfen im Arbeitsleben an schwerbehinderte Menschen; Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes (§ 20 SchwbAV)**

A. Wichtiger Hinweis: .....	2
B. Persönliche Angaben.....	2
C. Allgemeine Angaben zur Behinderung .....	2
D. Angaben zum Beruf .....	2
E. Angaben zur beantragten Leistung .....	3
F. Angaben zur Fahrerlaubnis und zum Arbeitsweg.....	4
G. Angaben zum Einkommen (nur auszufüllen, wenn ein Antrag auf Hilfe zur Beschaffung eines Kfz oder ein Antrag auf Bezuschussung von Beförderungskosten gestellt wird) .....	5
H. Sonstige Angaben .....	5
I. Erklärung(en).....	6

## A. Wichtiger Hinweis:

Finanzielle Leistungen können grundsätzlich nur dann bewilligt werden, wenn ein entsprechender Antrag vor Vertragsabschluss (Kauf/Bestellung/Darlehen etc.) gestellt wird. Ist ein Reha-Träger zuständig, wird der Antrag weitergeleitet.

## B. Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon (freiwillige Angabe)

Anzahl und Familienstand der von mir unterhaltenen Angehörigen

IBAN

## C. Allgemeine Angaben zur Behinderung

Ich bin

- schwerbehindert
- gleichgestellt

Aktenzeichen der Anerkennung

► Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen.

Die Behinderung beruht auf

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung            | <input type="checkbox"/> einer Internierung    |
| <input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung        | <input type="checkbox"/> einem Impfschaden     |
| <input type="checkbox"/> einer Gewalttat                     | <input type="checkbox"/> einer Krankheit       |
| <input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall                 | <input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit |
| <input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden | <input type="checkbox"/> Sonstiges             |

## D. Angaben zum Beruf

Ich bin

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer*in | <input type="checkbox"/> Selbstständige*r |
| <input type="checkbox"/> Beamter*in      | <input type="checkbox"/> Rentner*in       |

Anschrift des Arbeitgebenden mit Telefonnummer

Wochenarbeitszeit in Stunden

beim jetzigen Arbeitgebenden beschäftigt  
seit

befristet bis

insgesamt berufstätig seit

arbeitslos seit

in Umschulung seit

rentenversichert bei (Anschrift)

Versicherungs-Nr.

Arbeitsaufnahme ab

Vorgesehen bei (Anschrift und Telefonnummer des neuen Arbeitgebenden)

## **E. Angaben zur beantragten Leistung**

Ich beantrage Leistungen

- zur Erlangung der Fahrerlaubnis
- für die behinderungsbedingte Zusatzausstattung des Kraftfahrzeugs
- zur Erst-/ Ersatzbeschaffung eines Kraftfahrzeugs
- für Beförderungskosten

Begründung:

Die Gesamtkosten betragen Euro

Davon entfallen auf die behinderungsbedingte Zusatzausstattung Euro

Kostenvoranschläge liegen bei  Kostenvoranschläge werden nachgereicht

Der voraussichtliche Erlös für den Verkauf meines Altfahrzeugs beträgt (mindestens zwei Ankaufsgebote sind beizufügen) Euro

Der Verkehrswert meines Altfahrzeugs beträgt Euro

Nachweis liegt bei  Nachweis wird nachgereicht

Das zuletzt von mir gefahrene Kfz wurde auf meinen Namen zugelassen am

Derzeitiger Kilometerstand km

#### **F. Angaben zur Fahrerlaubnis und zum Arbeitsweg**

Ich besitze einen Führerschein  ja  nein

Auflagen im Führerschein eingetragen?  ja, entsprechend beiliegender Kopie  nein

Die Arbeitsstelle wurde bisher erreicht mit

Öffentlichen Verkehrsmitteln

Privat-PKW

Mitfahrgelegenheit

Die einfache Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsplatz beträgt km

Der Fußweg zwischen Wohnung und der nächsten Haltestelle beträgt km

Der Fußweg zwischen Haltestelle und Arbeitsplatz beträgt km

Ist ein Umsteigen erforderlich?  ja  nein

**G. Angaben zum Einkommen (nur auszufüllen, wenn ein Antrag auf Hilfe zur Beschaffung eines Kfz oder ein Antrag auf Bezuschussung von Beförderungskosten gestellt wird)**

<b>Monatlicher Bruttoverdienst</b>	Euro
Auf das Einkommen entrichtete Steuern	Euro
Urlaubsgeld	Euro
13./14. Monatsgehalt	Euro
Sonstige Zuwendungen	Euro
Sonstige Einnahmen wie Renten und Pensionen	Euro
Freiwillige Altersvorsorgeaufwendungen (z.B. Lebensversicherung)	Euro
Krankenversicherung	Euro

**Nachweise über Einkommen und Aufwendungen sind beizufügen.**

**H. Sonstige Angaben**

Wann und von welcher Stelle haben Sie zuletzt für den gleichen Zweck Leistungen erhalten?

Name und Anschrift des Leistungsträgers:

Datum

Aktenzeichen

Haben Sie Anträge auf gleichartige Leistungen, Gewährung von Renten oder ähnlichen Bezügen gestellt, über die noch nicht entschieden ist?

- nein
- ja, Name und Anschrift des Leistungsträgers

Aktenzeichen

## **I. Erklärung(en)**

Ich versichere, die in diesem Antrag einschließlich in den Antragsunterlagen gemachten Angaben richtig, vollständig und nach bestem Gewissen gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der in diesem Antrag einschließlich der in den Antragsunterlagen enthaltenen Angaben unverzüglich dem Integrationsamt mitzuteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich auch auf Anträge ähnlicher Leistungen, die nach Einreichung dieses Antrags gestellt werden.

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ich vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtige bzw. unvollständige Angaben mache.

Ich habe die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

---

Unterschrift