



Hamburg | Sozialbehörde

Behörde für Arbeit, Gesundheit,
Soziales, Familie und Integration
-Integrationsamt-
Postfach 76 01 06
22051 Hamburg

E-Mail: integrationsamt@soziales.hamburg.de
Fax: +49 40 4279-63142

Antragstellung in Gebärdensprache erklärt:



Antrag auf Gewährung von Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe

- ANTRAG DES SCHWERBEHINDERTEN MENSCHEN -

1. Folgende Leistung wird beantragt:

Bitte begründen Sie, warum diese Leistung benötigt wird

Ein allgemeiner Hinweis/Bezug auf ggf. beigefügte Unterlagen reicht nicht aus.

Hat bereits eine Beratung durch das Integrationsamt Hamburg stattgefunden?

ja, am _____ durch _____
nein

2. Angaben zur Person

2.1. Allgemeine Angaben

Name	Vorname	Anrede
Geburtsname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
E-Mail	Telefonnummer (tagsüber)	
Straße und Hausnummer		Adresszusatz
Postleitzahl	Ort	

Bevollmächtigter / Betreuer für Behördenangelegenheiten / gesetzlicher Vertreter

Bevollmächtigte/r	Betreuer/in für Behördenangelegenheiten	gesetzliche/r Vertreter/in
Name	Vorname	Anrede
E-Mail		Telefonnummer (tagsüber)
Institution		Aktenzeichen
Straße und Hausnummer		Adresszusatz
Postleitzahl	Ort	

Rentenversicherungsträger (Name, Adresse)

Rentenversicherungsnummer

Ich bin 15 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt ja nein

Ich beziehe eine

Altersrente Pension volle Erwerbsminderungsrente oder Teilerwerbsminderungsrente

nein, ich beziehe keine Rente oder Pension

Ich habe eine Rente/Pension beantragt ja nein

Krankenversicherung (Name, Adresse)

Krankenversicherungsnummer

Angaben zu Schwerbehinderung/Gleichstellung

Grad der Behinderung (GdB)

schwerbehindert

gleichgestellt

Antrag auf Schwerbehinderung/Gleichstellung gestellt am

nicht bekannt

Was ist die Ursache der Behinderung?

Behinderung besteht seit Geburt an	Erkrankung	Berufskrankheit
Arbeits-, Dienst- oder Wegeunfall	privater Unfall	
Sonstiges		

Haben Sie Berufskrankheit, Arbeitsunfall angekreuzt oder gibt es bei einem privaten Unfall einen Drittschuldner (z.B. Versicherung), füllen Sie bitte folgendes aus:

Name/Anschrift des Trägers

Aktenzeichen

Besteht im Zusammenhang mit der Behinderung ein Leistungsbezug nach dem

Bundesversorgungsgesetz	Sozialversorgungsgesetz	Infektionsschutzgesetz
Häftlingshilfegesetz	Opferentschädigungsgesetz	Zivildienstgesetz oder
dem SED-Unrechts-Bereinigungsgesetz?		

nein

Ist eine Auswahl getroffen:

Name/Anschrift des Trägers, von dem Sie Finanzierungshilfen erhalten

Aktenzeichen

2.2. Angaben zur beruflichen Tätigkeit

2.2.1. Angestellte, Beamte, Auszubildende (Selbständige weiter bei Pkt. 2.2.2.)

Angestellte/r	Beamten/Beamter	Auszubildende/r
---------------	-----------------	-----------------

Name des Arbeitgebers (Hauptsitz/Sitz der Personalabteilung)

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

Betriebsstätte, in der sich der Arbeitsplatz befindet, falls diese vom Hauptsitz abweicht:

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

Ansprechpartner beim Arbeitgeber/ Ausbildungsgeber:

Name

Vorname

Anrede

E-Mail

Telefonnummer (tagsüber)

Sind Sie bei einem öffentlichen Arbeitgeber beschäftigt? ja nein

Derzeit ausgeübte Tätigkeit seit

Erlerner Beruf

Betriebszugehörig seit dem Arbeitszeit (Std./Woche)

Monatsbruttoverdienst in € Tarifliche Lohn-/Gehaltsgruppe

Das Arbeitsverhältnis ist unbefristet befristet bis zum

Ist die ordentliche Kündigung gesetzlich, tarifvertraglich oder arbeitsvertraglich ausgeschlossen?
(z. B. wegen Zugehörigkeit zum Betriebs-/Personalrat oder mit Rücksicht auf die Eigenschaft
als Vertrauensperson bzw. stellvertretende Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen
oder wegen der Dauer der Betriebszugehörigkeit und des Lebensalters?)

nein ja, weil

2.2.2. Selbständige

Name der Firma

(ggf. Betriebsnummer)

Straße und Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

Selbständigkeit seit Ausgeübte Tätigkeit

Verdienst (Steuerpflichtiges Bruttoeinkommen im Jahr) €

Vorsteuerabzugsberechtigung nach § 15 UStG ja nein

2.3. Sonstige Angaben

Erhalten Sie von einem anderen Träger (z. B. Agentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung) gleichartige Finanzierungshilfen im Zusammenhang mit der oben beantragten Leistung?

ja nein

Name/Anschrift des Trägers, von dem Sie Finanzierungshilfen erhalten

Aktenzeichen

Wurde bei einem anderen Träger eine gleichartige Leistung beantragt?

ja nein

Name/Anschrift des Trägers, bei dem Finanzierungshilfen beantragt wurden

Aktenzeichen

3. Erklärung

Mit meiner Unterschrift versichere ich, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Ich verpflichte mich, jede Änderung der in diesem Antrag enthaltenen Angaben unverzüglich mitzuteilen. Weiterhin wird versichert, dass die Vorgaben zum Mindestlohngesetz in der jeweiligen Fassung eingehalten werden. Mir ist bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung von mir vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet ist.

4. Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Hinweise zum Datenschutz nach EU-DSGVO: www.hamburg.de/integrationsamt/datenschutz

Ort, Datum

Unterschrift der/des Antragstellenden

Dem Antrag sind folgende Unterlagen als Anlage beizufügen (Zusammenfassung):

Bei jeder Leistung:

- Kopie des Arbeitsvertrages/der Ernennungsurkunde/Ausbildungsvertrages
- Bei Selbständigkeit: Nachweis der Selbständigkeit/Gewerbeanmeldung
- Kopie des Schwerbehindertenausweises bzw. des Gleichstellungsbescheides
- Kopie des Feststellungsbescheides
- ggf. Kopien der Bescheide anderer Kostenträger
- bei Bevollmächtigung/gesetzlicher Betreuung: Vollmacht oder bei gesetzlicher Betreuung (Behördenangelegenheiten): Kopie des Betreuerausweises
- aktueller Nachweis der Beschäftigung (z. B. die letzten drei Gehaltsbescheinigungen bei Angestellten/Beamten/Auszubildenden)

Bei Anträgen auf Arbeitsassistenz zusätzlich:

- Tätigkeitsbeschreibung unter Benennung, welche der Tätigkeiten Assistenzleistungen mit welchen prozentualen Anteilen benötigen und/oder welche Tätigkeiten nicht selbständig ausgeführt werden können (Bedarfsermittlung)

Bei Anträgen auf Dolmetscherleistungen zusätzlich:

- Tabellarische Aufstellung erforderlicher Dolmetscherleistungen mit Angaben zu:
Art des Termins, durchschnittliche Dauer des Termins, werden Schrift-, Gebärden-, Online-Dolmetscherleistungen benötigt? Ist für den Termin eine Doppelbesetzung erforderlich?

Bei Anträgen auf technische Arbeitshilfen zur Verwendung am Arbeitsplatz, Kfz-Hilfe zusätzlich:

- Kostenvoranschläge, Berechnungen, Bilder, etc.

Bei Anträgen auf Fortbildungen

- Prospekt/Inhaltsübersicht über die Fortbildungsinhalte
- Darstellung der behinderungsbedingten Mehrkosten
- Stellungnahme des Arbeitgebers zur Notwendigkeit der Maßnahme für die Arbeitstätigkeit (nicht bei Selbständigen)