

Aktenzeichen (vom ZBFS-Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

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

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	
	Landkreis	Telefon (tagsüber , freiwillige Angabe)
	Anzahl der von mir unterhaltenen Angehörigen	
	IBAN	
C	Allgemeine Angaben zur Behinderung	
	<p>Ich bin</p> <p><input type="checkbox"/> schwerbehindert</p> <p><input type="checkbox"/> gleichgestellt</p> <p>Aktenzeichen der Anerkennung _____</p> <p>Die Behinderung beruht auf</p> <p><input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung</p> <p><input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung</p> <p><input type="checkbox"/> einer Internierung</p> <p><input type="checkbox"/> einem Impfschaden</p> <p><input type="checkbox"/> einer Gewalttat</p> <p><input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall</p> <p><input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden</p> <p><input type="checkbox"/> einer Krankheit</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	
	<p>➡ Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen.</p>	
D	Angaben zum Beruf	
	<p>Ich bin</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Rentner/in</p>	
	Anschrift des Arbeitgebers mit Telefonnummer	Wochenarbeitszeit (Std)

beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit		Arbeitsaufnahme ab
befristet bis		vorgesehen bei (Firma mit Tel.-Nr.)
insgesamt berufstätig seit		
arbeitslos seit		
in Umschulung seit		
rentenversichert bei (Anschrift)		
Versicherungs-Nr.		

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: ↻ (bitte verwenden Sie ein gesondertes Blatt, sofern der vorgesehene Platz nicht ausreicht)

Die Gesamtkosten betragen _____ Euro

Davon entfallen auf die behinderungsbedingte Zusatzausstattung _____ Euro

Kostenvoranschläge liegen bei. Kostenvoranschläge werden nachgereicht.

Der Erlös für den Verkauf meines Altfahrzeugs beträgt _____ Euro

Der Verkehrswert meines Altfahrzeugs beträgt _____ Euro

Nachweis liegt bei. Nachweis wird nachgereicht.

Das zuletzt von mir gefahren 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**Sonstige Angaben**

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

Name und Anschrift der Dienststelle:

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 der Dienststelle:

Aktenzeichen: _____

H**Erklärung(en)**

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

Ich verpflichte mich, jede Änderung der in diesem Antrag einschließlich in den Antragsunterlagen enthaltenen Angaben unverzüglich dem Inklusionsamt 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 sowie das Hinweismuster für meine/n Arbeitgeber/in dieser/diesem ausgehändigt

Ort, Datum

Unterschrift



Hinweise zum Datenschutz für Arbeitnehmer – Leistungen der Begleitenden Hilfe

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) verantwortlich.

Alle Angaben, die Sie

- in diesem Formular sowie
- im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen brauchen wir, um Ihren Antrag auf Leistungen zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 185 Sozialgesetzbuch -Neuntes Buch - (SGB IX) i.V.m. der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form in einem staatlichen Rechenzentrum des Freistaates Bayern. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Möglicherweise werden wir auch andere Stellen außerhalb des ZBFS, z.B. den Integrationsfachdienst, beauftragen, eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zu erstellen. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Wir werden zudem Daten aus dem Schwerbehinderten – Feststellungsverfahren beim Versorgungsamt im erforderlichen Umfang nutzen. Zum Zweck der Zahlungsabwicklung werden Ihre hierfür erforderlichen Daten der Staatsoberkasse Bayern in Landshut übermittelt.

Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen. Die Daten werden daher 5 Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres gelöscht, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt: bestandskräftiger Abschluss des Verfahrens (ggf. nach Ablauf der festgesetzten Bindungsfrist) oder sonstige Erledigung des Verfahrens.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.

- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, 95440 Bayreuth
- per Telefon: 0921 605-03
- per Telefax: 0921 605-3903
- per E-Mail: Poststelle@zbfs.bayern.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des ZBFS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Datenschutzbeauftragter, 95440 Bayreuth
- per E-Mail: Datenschutzbeauftragter@zbfs.bayern.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch an den **Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz** wenden.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das ZBFS zurück.



Hinweise zum Datenschutz für Arbeitgeber – Leistungen an Arbeitnehmer

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) verantwortlich.

Ihr Arbeitnehmer/Ihre Arbeitnehmerin hat Leistungen beim Inklusionsamt beantragt. Für diesen Antrag werden folgende Angaben benötigt: Ihr Firmenname, Ihre Firmenanschrift sowie Ihre betriebliche Telefonnummer. Ihr Arbeitnehmer/Ihre Arbeitnehmerin ist daher verpflichtet, Ihnen diese Hinweise auszuhändigen.

Alle Angaben, die Sie im Rahmen des Verfahrens gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen brauchen wir, um den Antrag zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage dafür ist § 185 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) i.V.m. der Schwerkbehinderten - Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass beantragte Leistungen möglicherweise ganz oder teilweise abgelehnt werden.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form in einem staatlichen Rechenzentrum des Freistaates Bayern. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es möglich, dass wir Rehabilitationsträger, beispielsweise die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung, kontaktieren. Möglicherweise werden wir auch andere Stellen außerhalb des ZBFS, z.B. den Integrationsfachdienst, beauftragen, eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zu erstellen. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen. Die Daten werden daher 5 Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres gelöscht, in dem eines der folgenden Ereignisse eintritt: bestandskräftiger Abschluss des Verfahrens (ggf. nach Ablauf einer festgesetzten Bindungsfrist) oder sonstige Erledigung des Verfahrens.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.

- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn der Antrag zurückgenommen wird oder Sie der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, 95440 Bayreuth
- per Telefon: 0921 605-03
- per Telefax: 0921 605-3903
- per E-Mail: Poststelle@zbfbs.bayern.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des ZBFS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Datenschutzbeauftragter, 95440 Bayreuth
- per E-Mail: Datenschutzbeauftragter@zbfbs.bayern.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch an den **Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz** wenden.

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das ZBFS zurück.