



Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Höherer Kommunalverband

Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Außenstelle Chemnitz  
- Integrationsamt -  
Reichsstraße 3  
09112 Chemnitz

**Hinweis:**  
Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag kann bearbeitet werden.

**Aktenzeichen** (bitte stets angeben, soweit bekannt)

**Antrag auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach dem Schwerbehindertenrecht des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) und der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV)**

**Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz (§ 185 Abs. 5 SGB IX i. V. m. § 17 Abs. 1 a SchwbAV)**

**persönliche Angaben zum schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer**

Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum	Telefon (dienstlich)
Anschrift			Rentenversicherung bei <input type="checkbox"/> DRV Bund <input type="checkbox"/> DRV Mitteldeutschland <input type="checkbox"/> anderer Träger: .....
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderteneigenschaft	Grad der Behinderung		Sozialversicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Gleichstellung	Unfallversicherung		Krankenversicherung
Behinderungsursache			
<input type="checkbox"/> angeborene Gesundheitsstörung <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> sonstige Ursache, und zwar:			
<input type="checkbox"/> Arbeits-, Dienstoffall einschl. Wegeunfall, Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung, Impf-, Haft-, Gewalttat-, Verfolgungsschaden			
<input type="checkbox"/> sonstiger Unfall			
Bestehen auf Grund der gesundheitlichen Beeinträchtigung/en Ansprüche gegen Dritte?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gegen			
Fügen Sie bitte eine Kopie des Ausweises für schwerbehinderte Menschen, des Gleichstellungsbescheides oder der Antragseingangsbestätigung zum Anerkennungsverfahren bei.			

**zur beruflichen Situation**

Berufstätigkeit		
<input type="checkbox"/> als Arbeiter <input type="checkbox"/> als Angestellter <input type="checkbox"/> als Beamter <input type="checkbox"/> im Hinzuverdienst <input type="checkbox"/> sonstiges		
Betriebszugehörigkeit seit	ausgeübte Tätigkeit	seit
durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	Arbeitstage pro Woche	erlernte/r Beruf/e

**Angaben zum Arbeitgeber / Unternehmen**

Name und Anschrift des Betriebes/ Betriebsteiles	
ggf. Name des Hauptbetriebes	
Ansprechpartner beim Arbeitgeber, Telefon	
Schwerbehindertenvertretung, Telefon	
Betriebs-/ Personalrats- vorsitzender, Telefon	

**Angaben zur Tätigkeit, zum Arbeitsplatz und zur beantragten Förderung des schwerbehinderten Menschen**

Erforderliche Fachkenntnisse
Erforderliche Befähigungsnachweise

Welche behinderungsbedingten Funktions- bzw. Leistungseinschränkungen bestehen im Zusammenhang mit der Arbeit?  
(arbeitsorganisatorisch, im Arbeitsumfeld, am Arbeitsplatz usw.)

Tätigkeit	Zeitaufwand (Std., Min.)

Wurden Umsetzungsmöglichkeiten geprüft?  
 nein  
 ja, welche

Kann der Arbeitsplatz behindertengerecht ausgestaltet werden?  
 nein  
 ja, ggf. wie?

Stimmen ausgeübte Tätigkeit und Qualifizierung überein?  
 ja  
 nein, warum nicht?

Muss eine Qualifizierung nachgeholt werden?  
 nein  
 ja, welche?

Wird durch den Integrationsfachdienst oder einen anderen Fachdienst Unterstützung gewährt?  
 nein  
 ja, durch wen?

**Erklärung**

Sind von dritter Seite für denselben Zweck Leistungen vorgesehen, beantragt, bewilligt oder erbracht worden?

(z. B. im Rahmen von Förderprogrammen der Europäischen Union und der Wirtschaftsförderung, des Bundes, des Landes Sachsen, der Kommunen, der Agentur für Arbeit, durch die gesetzliche Kranken-, Pflege- oder Rentenversicherung, anderer gesetzlicher Leistungsträger, ...)

- nein
- ja, für

**Bankverbindung, auf welche die bewilligten Leistungen ausgezahlt werden sollen:**

Kontoinhaber: ..... Name der Bank: .....  
IBAN: ..... BIC: .....

- Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag und in den Antragsunterlagen gemachten Angaben. Es ist mir bekannt, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden, wenn ihre Gewährung durch vorsätzlich oder grob fahrlässig gemachte unrichtige Angaben erwirkt worden ist.
- Ich bin mit der Weitergabe einer Kopie der Entscheidung an den Arbeitgeber und mit der Unterrichtung der Schwerbehindertenvertretung sowie ggf. der zuständigen Agentur für Arbeit einverstanden.

**Hinweis zum Datenschutz**

- Ich nehme zur Kenntnis, dass
- die Auskünfte und Unterlagen, die das Integrationsamt im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX erhält, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an einen anderen Leistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung des Integrationsamtes oder des anderen Leistungsträgers erforderlich ist (§ 69 Abs. 1, § 76 Abs. 2 Nr. 1 Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X).
  - ich dieser Datenübermittlung jederzeit widersprechen kann.
  - die Daten elektronisch gespeichert werden.
  - Dem Antrag ist ergänzend ein Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO beigelegt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Personalien des schwerbehinderten Arbeitnehmers, der Leistungen beantragt:

Name, Vorname	geb. am:
---------------	----------

**ERKLÄRUNG DES SCHWERBEHINDERTEN ARBEITNEHMERS**

1. Ich beziehe

- keine Rente
- keine Rente, habe aber einen Antrag gestellt
- Rente
  - teilweise Erwerbsminderungsrente
  - volle Erwerbsminderungsrente Erwerbsunfähigkeit
  - wegen der Folgen eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls.

Die Rente wird gezahlt von der

- Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland / Bund \_\_\_\_\_
- Berufsgenossenschaft \_\_\_\_\_  
unter dem Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

2. Ich habe bei \_\_\_\_\_ (Rententräger, Agentur für Arbeit, ...)

- medizinische Reha-Maßnahmen beantragt / erhalten am \_\_\_\_\_
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragt / erhalten am \_\_\_\_\_

3. Nur bei Schädigung durch Dritte:

Ein Anspruch auf Schadenersatzleistungen gegenüber Dritten (evtl. auch Versicherungsleistungen) wegen evtl. Unfallfolgen besteht

- nicht
- gegenüber \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Einwilligung zur Offenbarung personenbezogener Daten  
(Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht)

Ich bin damit einverstanden, dass das Integrationsamt alle für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes und alle für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen, insbesondere Berichte von Ärzten und Behandlungsstätten sowie Akten und Gutachten von Versicherungsträgern, Versorgungsbehörden, Arbeitsagenturen und sonstigen Stellen einholt.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass diese Unterlagen im Falle eines Erstattungsstreits, den das Integrationsamt wegen der für mich erbrachten Leistungen führen muss, dem zuständigen Leistungsträger bzw. Gericht vorgelegt werden, soweit dies für die Begründung des Anspruchs erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Zum Antrag von .....

AZ:

Name und Anschrift des Betriebes/ Betriebsteiles, in welchem der schwerbehinderte/gleichgestellte behinderte Arbeitnehmer <u>tatsächlich</u> beschäftigt wird	Ansprechpartner
	Telefon/Fax
	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)
	<b>Betriebsnummer der Arbeitsagentur</b>

Kommunaler Sozialverband Sachsen  
 Außenstelle Chemnitz  
 - Integrationsamt -  
 Reichsstraße 3  
 09112 Chemnitz

**Angaben des Arbeitgebers**

**Zum Antrag auf Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz an schwerbehinderte/gleichgestellte behinderte Arbeitnehmer gem. § 185 Abs. 5 SGB IX i. V. m. § 17 Abs. 1 a SchwbAV**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Bearbeitung des Antrags auf Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz an schwerbehinderte/gleichgestellte behinderte Arbeitnehmer benötigen wir neben den Angaben des Antragstellers ebenfalls Aussagen des Arbeitgebers.  
 Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen und senden Sie das Formular an uns zurück.

**Angaben zur Beschäftigung des schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen**

Arbeitsgruppe/Abteilung	Vorgesetzter, Telefon
Tätigkeitsbeschreibung, -inhalte	
Vergütung <input type="checkbox"/> Tarif <input type="checkbox"/> ortsübliche Entlohnung <input type="checkbox"/> Haustarif _____ € durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst _____ Stunden Wochenarbeitszeit	

### Angaben zur beantragten Förderung

Welche behinderungsbedingten Funktions- bzw. Leistungseinschränkungen des schwerbehinderten/gleichgestellten behinderten Mitarbeiters bestehen im Zusammenhang mit der Arbeit? (arbeitsorganisatorisch, im Arbeitsumfeld, am Arbeitsplatz, ...)

Arbeitsaufgaben	Zeitaufwand (Std., Min.)
-----------------	--------------------------

Wurden Umsetzungsmöglichkeiten geprüft?

- nein
- ja, welche?

Kann der Arbeitsplatz behindertengerecht ausgestaltet werden?

- nein
- ja, ggf. wie

Gibt es Qualifizierungsmöglichkeiten?

- nein
- ja, welche?

Könnten die Einschränkungen anstatt durch eine betriebsfremde Person mit Betreuungsleistungen durch einen Mitarbeiter Ihrer Firma/Dienststelle ausgeglichen werden (eventuell mit finanzieller Unterstützung des Integrationsamtes)?

- ja
- nein, warum?

Das Einverständnis des Arbeitgebers zur Anwesenheit des Arbeitsassistenten im Betrieb/der Dienststelle

- wird erteilt.
- wird nicht erteilt.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Betriebes bzw. der Dienststelle

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers

Anlage: Antrag auf begleitende Hilfe  
im Arbeitsleben

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Integrationsamt  
Reichsstraße 3  
09112 Chemnitz

**Hinweis:**

Bitte füllen Sie die Arbeitsplatzbeschreibung  
vollständig aus und bestätigen Sie Ihre  
Angaben mittels Unterschrift und  
Firmenstempel.

## Arbeitsplatzbeschreibung

für Herrn/Frau \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_

Einstellungstermin:	Arbeitsgruppe/Abteilung:
Tätigkeitsbezeichnung:	Name des Vorgesetzten:
Entgelt: <input type="checkbox"/> nach Tarif <input type="checkbox"/> ortsüblich <input type="checkbox"/> nach Haustarif	
bei Beschäftigung in einem Zweigbetrieb Anschrift des Zweigbetriebes:	

Tätigkeitsbeschreibung, -inhalte:

Erforderliche Fachkenntnisse:

Erforderliche Befähigungsnachweise:

Mögliche Belastungen (z.B. Lärm, Hitze, ...)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arbeitgebers

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers

Anlage: Antrag auf begleitende Hilfe  
im Arbeitsleben

Aktenzeichen (Bitte stets angeben)

Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Integrationsamt  
Reichsstr. 3  
09112 Chemnitz

**Hinweis:**

Bitte füllen Sie die Verdienstbescheinigung  
vollständig aus und bestätigen Sie Ihre  
Angaben mittels Unterschrift und  
Firmenstempel.

**Verdienstbescheinigung des schwerbehinderten Menschen**

für Herrn/Frau \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_

**1. Arbeitszeit**

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigung beträgt \_\_\_\_\_  
Stunden/Woche.

o. g. hat ein Vollzeitarbeitsverhältnis

o. g. hat ein Teilzeitarbeitsverhältnis zu \_\_\_\_\_ Stunden/Woche ( \_\_\_\_\_ %)

**2. Steuerepflichtiges monatliches Bruttoarbeitsentgelt ohne steuerpflichtige Sonderzuwendungen  
und Lohnnebenkosten**

Der/die Arbeitnehmer/in ist

Gehaltsempfänger/in                      monatliches Bruttogehalt: \_\_\_\_\_ €

oder

Lohnempfänger/in                      Vergütung pro Arbeitsstunde (brutto): \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arbeitgebers

Firma

---

---

---

(bitte ergänzen)

Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Außenstelle Chemnitz  
- Integrationsamt -  
Reichsstraße 3  
09112 Chemnitz

**Einverständnis zum Einsatz von Herrn / Frau \_\_\_\_\_  
als Teil der persönlichen Assistenz am Arbeitsplatz  
für Herrn / Frau \_\_\_\_\_**

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass

Herr / Frau \_\_\_\_\_

tätig in der Firma \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_

zur Erbringung seiner / ihrer Tätigkeit und zur Sicherstellung der Kommunikation die / den o.g.  
Arbeitsplatzassistentin/-en in Anspruch nehmen kann.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

---

Stempel / Unterschrift

Folgende Informationen sind Ihnen gemäß Art. 13 und 14 der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung [DSGVO]) bei Erhebung der personenbezogenen Daten mitzuteilen:

## 1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Die zuständige Stelle für die Verarbeitung der Daten im Rahmen des Verfahrens nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 3 des Neuntes Sozialgesetzbuches – SGB IX) und mithin Verantwortlicher im Sinne der Art. 13 und 14 DSGVO ist folgende Stelle:

Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Fachbereich 3  
Reichsstr. 3  
09112 Chemnitz

## 2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragter  
Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Humboldtstr. 18  
04105 Leipzig  
Telefon: 0341 1266 0  
E-Mail: [datenschutzbeauftragter@ksv-sachsen.de](mailto:datenschutzbeauftragter@ksv-sachsen.de)

## 3. Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist notwendig, um über den Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht entscheiden zu können (§ 67a Zehntes Sozialgesetzbuch - SGB X). Alle Angaben, die im Antragsformular und im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber dem Integrationsamt und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) gegeben werden, benötigen wir zur Bearbeitung Ihres Antrages. Rechtsgrundlage dafür ist § 185 SGB IX i.V.m. der Schwerbehindertenausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV).

## 4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden folgendermaßen weiterverarbeitet und an weitere zuständige Stellen übermittelt:

- Sie werden im Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht verarbeitet und im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung und der Rechtsbehelfsverfahren zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages (§ 185 SGB IX) an beteiligte Dritte (z.B. dem Integrationsfachdienst) zur Stellungnahme übermittelt, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist (§ 67b Abs. 1 SGB X). Diese Stellen sind ebenfalls zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Zur Prüfung der Zuständigkeit ist es außerdem möglich, dass wir Rehabilitationsträger (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung) kontaktieren. Im Rechtsbehelfsverfahren werden die Daten an die Mitglieder der beteiligten Ausschüsse im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung (§§ 186, 202 SGB IX) weitergeleitet.
- Medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht über Sie erhalten hat, dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Dieser Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger kann von Ihnen jederzeit widersprochen werden.

## 5. Quelle der personenbezogenen Daten

Soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist, können ergänzend medizinische Auskünfte und Unterlagen entsprechend Ihrer Einwilligungserklärung von Ihren behandelnden Ärzten oder anderen Behörden eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden.

### 6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland

Es ist nicht vorgesehen, Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation zu übermitteln.

### 7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der Aufbewahrungsfristen für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist. Nach diesem Zeitpunkt erfolgt automatisch, ohne weitere Veranlassung von Ihnen die Löschung der Daten.

### 8. Betroffenenrechte

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO). Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Verantwortliche, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den behördlichen Datenschutzbeauftragten.

### 9. Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Verantwortlichen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft beim Verantwortlichen widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

### 10. Beschwerderecht

Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der folgenden datenschutzrechtlich zuständigen Aufsichtsbehörde nach Art. 51 DSGVO zu:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter  
Postfach 12 00 16  
01001 Dresden

Telefon: 0351/493-5401

Telefax: 0351/493-5490

Email: [saechsdsb@slt.sachsen.de](mailto:saechsdsb@slt.sachsen.de)

### 11. Bereitstellung der personenbezogenen Daten

Wer Sozialleistungen beantragt, muss nach § 60 SGB I alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen angeben und die verlangten Nachweise vorlegen. Sollten Sie die notwendigen Informationen nicht bereitstellen wollen, bzw. können diese nicht anderweitig erlangt werden, kann über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden.

### 12. Weiterverarbeitung zu anderen Zwecken

Ist beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten als den, für den sie im Antragsverfahren erhoben wurden, so stellt der Verantwortliche Ihnen vor dieser Weiterverarbeitung Informationen über diesen anderen Zweck und alle anderen maßgeblichen Informationen zur Verfügung.