

Antrag vom:	Name, Vorname der nachfragenden Person:	Geb.-Datum:
-------------	---	-------------

**Anlage THA: Eingliederungshilfe im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben  
(Werkstätten für behinderte Menschen/Andere Leistungsanbieter/Budget für Arbeit)**

<b>92</b>	Name der Werkstatt für behinderte Menschen/des Anderen Leistungsanbieters:  _____  _____
<b>93</b>	Beginn der Maßnahme/Beginn des Arbeitsverhältnisses:  _____
<b>94</b>	Fachbereich:  <input type="checkbox"/> Arbeits-/Produktionsbereich <input type="checkbox"/> _____  _____
<b>95</b>	<input type="checkbox"/> Budget für Arbeit  Name, Anschrift des Arbeitgebers:                      Bankverbindung des Arbeitgebers:  _____ _____ _____
<b>96</b>	Bisherige Förderungsmaßnahme/n (z.B. Maßnahmen im Berufsbildungsbereich in einer anerkannten WfbM/eines anderen Leistungsanbieters):  von: _____ bis: _____ in: _____  Kostenträger dieser Maßnahme: _____  von: _____ bis: _____ in: _____  Kostenträger dieser Maßnahme: _____  von: _____ bis: _____ in: _____  Kostenträger dieser Maßnahme: _____

	Ist/Wird gleichzeitig eine Wohnheimbetreuung beantragt bzw. durchgeführt?
97	<input type="checkbox"/> nein
98	<input type="checkbox"/> ja, in folgender Einrichtung: _____
99	Wo wurde die Kostenübernahme beantragt bzw. wer ist der Kostenträger? _____
100	Ggf. Datum und Aktenzeichen der Kostenzusicherung: _____

	Ist/Wird gleichzeitig eine Leistung im Betreuten Wohnen beantragt bzw. erhalten Sie diese bereits?
101	<input type="checkbox"/> nein
102	<input type="checkbox"/> ja, bei folgendem Träger: _____
103	Wo wurde die Kostenübernahme beantragt bzw. wer ist der Kostenträger? _____
104	Ggf. Datum und Aktenzeichen der Kostenzusicherung: _____

	<b>Einverständniserklärung zur Datennutzung durch das Integrationsamt des LWV Hessen</b>
	Das LWV-Hessen Integrationsamt kann sich im Rahmen des Budgets für Arbeit an dem Lohnkostenzuschuss beteiligen, sofern eine anerkannte Schwerbehinderung oder eine Gleichstellung im Sinne des § 151 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) vorliegt. Gleiches gilt bei etwaigen Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben nach § 185 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 SGB IX.
	Sollte keine anerkannte Schwerbehinderung oder eine Gleichstellung im Sinne des § 151 Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) vorliegen, wird das LWV-Hessen Integrationsamt eine Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für den Träger der Eingliederungshilfe bei etwaigen weiteren Leistungen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben nach § 185 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX vornehmen.
	Diesen Hintergrund zur Kenntnis nehmend bin ich damit einverstanden, dass das LWV-Hessen Integrationsamt dafür die in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeicherten personenbezogenen Daten zur Durchführung dieser Prüfung nutzen darf.
	Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann
105	<input type="checkbox"/> ja
106	<input type="checkbox"/> nein
	_____ Unterschrift der nachfragenden Person bzw. ihrer/ihrer gesetzlichen Vertreter/in bzw. Bevollmächtigten, falls diese/r Antragsteller/in ist