

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

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

100	Name der Werkstatt für behinderte Menschen/des anderen Leistungsanbieters: _____
101	Beginn der Maßnahme/Beginn des Arbeitsverhältnisses: _____ Arbeitszeit: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe der Stunden
102	Fachbereich: <input type="checkbox"/> Arbeits-/Produktionsbereich <input type="checkbox"/> _____ _____
103	<input type="checkbox"/> Budget für Arbeit Name, Anschrift des Arbeitgebers: _____ Bankverbindung des Arbeitgebers: _____ _____ _____ _____ <p>Bitte fügen Sie Ihren Feststellungsbescheid/Gleichstellungsbescheid ggf. mit Schwerbehindertenausweis in Kopie mit bei. Diese Unterlagen werden benötigt, damit sich das LWV Hessen Integrationsamt aus Mitteln der Ausgleichsabgabe am Lohnkostenzuschuss sowie an den Kosten der Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz beteiligen kann.</p>
104	Bisherige Förderungsmaßnahme/n (z. B. Maßnahmen im Berufsbildungsbereich in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen/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 Unterstützung in einer besonderen Wohnform beantragt bzw. durchgeführt?
105	<input type="checkbox"/> nein
106	<input type="checkbox"/> ja, Name der besonderen Wohnform: _____
107	Wo wurde die Kostenübernahme beantragt bzw. wer ist der Kostenträger? _____
108	Ggf. Datum und Aktenzeichen der Kostenzusicherung: _____

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

	Einverständniserklärung zur Datennutzung durch das LWV Hessen Integrationsamt
	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 Hilfe 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.
113	<input type="checkbox"/> ja
114	<input type="checkbox"/> nein
	_____ Unterschrift der antragstellenden Person bzw. ihrer/ihrer rechtlichen Vertreter/in bzw. Bevollmächtigten, falls diese/r Antragsteller/in ist