Kommunalverband für Jugend und Soziales

Baden – Württemberg (KVJS)

Dezernat: Integrationsamt – Referat 34

Postfach 4109, 76026 Karlsruhe

**Arbeitgeberantrag**

**auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben: Kommunikationshilfen**

|  |
| --- |
| [ ]  **Kommunikationshilfen für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses** |
| **Anlässe:** [ ]  Personal-/Mitarbeitergespräche [ ]  Arbeitsinhalte, -ablauf oder -organisation,[x]  betriebliche Besprechungen [ ]  Arbeitsplatzbezogene Schulungen  (bitte benennen):      [ ]  sonstiges (bitte benennen):       |
| **Bevorzugte Kommunikationsform:**[ ]  Gebärdensprachdolmetschen [ ]  Schriftdolmetschen[ ]  Lormen, taktiles Gebärden [ ]  sonstige Unterstützung:  (bitte benennen):       |
| [ ]  Präsenz [ ]  Online |
|  |
| [ ]  **Telefon-Relay-Dienst für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses** |
| Gesprächsdauer: ca. Minuten/Monat |

|  |
| --- |
| [ ]  **Fortbildungen** |
| Bitte Thema benennen:  |

 **1. Allgemeine Angaben zum Betrieb**

Arbeitgeber:

Name und Anschrift:

Ansprechpartner des Arbeitgebers: Herr/Frau

E-Mail:       Telefon:

1. **Angaben zur Person des schwerbehinderten/gleichgestellten Mitarbeiters**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail:       Telefon/Handy:

Grad der Behinderung: GdB

Schwerbehindertenausweis unbefristet: [ ]  ja [ ]  nein - gültig bis:

Gleichstellung: ab

Wurde die Behinderung durch einen Unfall verursacht? [ ]  ja [ ]  nein

Falls ja, [ ]  Arbeits- oder Wegeunfall

Ggf. zuständige Berufsgenossenschaft

[ ]  privater Unfall

Unfalldatum:

1. **Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Beschäftigt seit:

 [ ]  unbefristet [ ]  befristet bis

als

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt       Stunden.

1. **Vorrangige Leistungen**

Wurden bereits oder werden von einem Rehabilitationsträger (Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Krankenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) Leistungen zur Teilhabe (einmalige oder laufende Leistungen) für den schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen während des Arbeitsverhältnisses bewilligt?

[ ]  ja [ ]  nein [ ]  nicht bekannt

Wenn ja, von welchem Träger und welche Leistungen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Träger | Art der Zuschüsse (z.B. Eingliederungszuschuss) | Höhe der Zuschüsse | Zeitpunkt bzw. Zeitraum |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**5. Zur behindertengerechten Einrichtung wurden bereits Maßnahmen getroffen:**[ ]  ja [ ]  nein

**Falls ja, folgende Maßnahmen wurden durchgeführt:**(z.B. Umsetzung, Veränderung der Arbeitsorganisation, Kommunikative Unterstützung durch Arbeitskollegen oder Vorgesetzte, Teilnahme an Gebärdensprachkursen durch Arbeitskollegen oder Vorgesetzte, Technische Hilfen/Spracherkennungssoftware, …):

**6. Bankverbindung des offiziellen Geschäftskontos**

Institut:

|  |  |
| --- | --- |
| I IBAN: |  DE      |

|  |  |
| --- | --- |
|  BIC: |        |

[ ]  Die Datenschutzbestimmunen des KVJS haben wir zur Kenntnis genommen und

 sind mit der Verarbeitung unserer Daten einverstanden.

[ ]  Wir haben unseren Mitarbeiter über die Antragstellung informiert.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Stempel, Unterschrift

**Bitte fügen Sie bei Erstanträgen folgende Anlagen bei:**

**- Kopie des aktuellen Schwerbehindertenausweises**

**- ggfs. Bescheid über Zuschüsse nach Ziffer 4.**