Kommunalverband für Jugend und Soziales

Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Baden – Württemberg (KVJS)

Dezernat: Integrationsamt – Referat 34

Postfach 4109, 76026 Karlsruhe

**Arbeitnehmerantrag   
auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben Kommunikationshilfe**

**Erstantrag**  **Folgeantrag**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Einmalige Leistungen:** | | | | | | |
| Einsatzdatum / erforderlicher Zeitrahmen: | | | | | | |
| Datum | Voraussichtliche Dauer        in Stunden | | | | Pausen steuerbar:  ja  nein | |
| **Anlass und Thema des Einsatzes:** | | | | | | |
| Anzahl Teilnehmer: | | | Doppeleinsatz  ja  nein | | | |
| **Bevorzugte Kommunikationsform:**  Gebärdensprachdolmetschen  Schriftdolmetschen  Lormen, taktiles Gebärden  sonstige Unterstützung  bei sonstiger Unterstützung bitte benennen: | | | | | | Präsenz  Online |
|  | | | | | | |
| **Budget (z.B. für Fortbildungen)** | | | | | | |
| Zeitraum von      bis | | | | | | |
| **Anlass/Thema und Dauer der jeweiligen Einsätze**      Anzahl der Teilnehmer      Anzahl der Teilnehmer   1. Anzahl der Teilnehmer 2. Anzahl der Teilnehmer | | | | à      Stunden pro Jahr       Termine Pausen steuerbar: ja  nein à      Stunden pro Jahr       Termine  Pausen steuerbar: ja  nein  à      Stunden pro Jahr       Termine  Pausen steuerbar: ja  nein  à       Stunden pro Jahr       Termine Pausen steuerbar: ja  nein | | |
| **Bevorzugte Kommunikationsform:**  Gebärdensprachdolmetschen  Schriftdolmetschen  Lormen, taktiles Gebärden  sonstige Unterstützung  bei sonstiger Unterstützung bitte benennen: | | | | | | Präsenz  Online |
|  | | | | | | |
| **Einsatzort: (falls abweichend vom Arbeitsort)** | | | | | | |
| Firma: | | PLZ/ Ort: | | | | Straße: |

1. **Antragsteller**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail:       Telefon/Handy:

Grad der Behinderung: GdB       ab

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**

Arbeitgeber:

Anschrift:

Beschäftigt seit:

unbefristet  befristet bis

als

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt       Stunden.

Im Beschäftigungsverhältnis sind Änderungen eingetreten: :  ja  nein

Wenn ja, was hat sich verändert:

1. **Vorrangige Leistungen**

Die Kommunikationshilfe wird für die Zeit einer Belastungserprobung oder Wiedereingliederung beantragt:  
  ja  nein

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

ja  nein  wurden beantragt  
  
Wenn ja, von welchem Träger und welche Leistungen

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

1. **Bankverbindung**

Institut:

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

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

Die Datenschutzbestimmunen des KVJS habe ich zur Kenntnis genommen.

Mit der Verarbeitung meiner Daten bin ich einverstanden.

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

Ort, Datum Unterschrift

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

- Kopie des aktuellen Schwerbehindertenausweises

- Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes

- Bescheid über Zuschüsse nach Ziffer 3.

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

- Kopie des aktuellen Schwerbehindertenausweises (bei Änderungen)

- Anerkennungsbescheid des Versorgungsamtes (bei Änderungen)

**Anlage 1**

**Hinweise zum Datenschutz**

**Informationsschreiben nach Art. 13 DS-GVO**

**(EU-Datenschutzgrundverordnung)**

**für den Antragsteller**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie möchten beim Integrationsamt des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS) einen Antrag auf Leistungen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben/ Beratung nach dem SGB IX stellen. Zur Bearbeitung ist es erforderlich, dass wir personenbezogene und betriebliche Daten von Ihnen verarbeiten. Diesbezüglich gelten die §§ 67 ff des SGB X.

Sie als Betroffener[[1]](#footnote-1) haben ein Auskunftsrecht (Art. 15 DSGVO), ein Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 Abs. 1 DSGVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und Widerspruch (Art. 21 DSGVO).

**Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen beim KVJS:**

(Referatsleiter, stellvertretende Referatsleiterin)  
Berthold Deusch, Telefon: 0721 8107-911, E-Mail: [Berthold.Deusch@kvjs.de](mailto:Berthold.Deusch@kvjs.de).

Rouven Wrtal, Telefon: 0712 8107-912, E-Mail: [Rouven.Wrtal@kvjs.de](mailto:Rouven.Wrtal@kvjs.de).

**Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten:**

Alice Spätgens, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg,

Telefon 0711 6375-570,

Vertreterin: Christine Denk, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Telefon 0711 6375-213,

E-Mail: [Datenschutz@kvjs.de](mailto:Datenschutz@kvjs.de) .

**Zweck der Datenverarbeitung:**

Prüfung der Voraussetzungen für die Bewilligung der beantragten Leistung

**Rechtsgrundlagen für die Erhebung und Verarbeitung:**

§ 185 SGB IX

**Empfänger der Daten:**

- KVJS Dezernat 3 - Integrationsamt,

- im Fall eines Widerspruchsverfahrens: Mitglieder des Widerspruchsausschusses bei dem Integrationsamt nach § 202 SGB IX,

- im Falle eines Klageverfahrens: KVJS Dezernat 1 Referat 13 – Justiziariat

- bei Leistungen/ Zahlungen: KVJS Dezernat 1 Referat 11 Finanzen, Personal, Organisation (nur Name, Bankverbindung, Leistungsart).

**Beteiligung anderer (externer) Stellen:**

Sofern im Einzelfall erforderlich, werden/müssen wir einzelne oder mehrere der nachfolgend genannten externen Stellen im Rahmen des Verfahrens beteiligen und auch über das Ergebnis bzw. den Ausgang des Verfahrens informieren. Im Zuge dessen werden von uns auch Ihre persönlichen/betrieblichen Daten in erforderlichem Umfang an diese Stellen weitergeleitet. Auch diese Stellen sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

Eine Beteiligung externer Stellen kann unter anderem in den nachfolgend genannten Fällen erforderlich sein:

* Prüfung der Zuständigkeit des KVJS-Integrationsamtes
* Sachverhaltsermittlung im Zusammenhang mit der Antragstellung
* Beteiligung externer Stellen im Rahmen der Amtshilfe

Mögliche (extern) beteiligte Stellen können sein:

* Ihr Arbeitnehmer bzw. sein Bevollmächtigter,
* Betriebliches Integrationsteam (Inklusionsbeauftragter des Arbeitgebers, Betriebsrat/Personalrat, Schwerbehindertenvertretung, etc.),
* das zuständige Versorgungsamt,
* der zuständige Integrationsfachdienst,
* andere Integrationsämter,
* der zuständigen Sozialhilfe- bzw. Eingliederungshilfeträger,
* der zuständigen Rentenversicherungsträger bzw. Versorgungsverband,
* die zuständige Agentur für Arbeit,
* die zuständige Krankenversicherung,
* die zuständige Berufsgenossenschaft.

**Sie haben das Recht, dem mit Wirkung für die Zukunft schriftlich zu widersprechen.**

Wir weisen jedoch darauf hin, dass dies zu Folge haben kann, dass die Bewilligung von Leistungen bzw. die Auszahlung bereits bewilligter Leistungen durch das Integrationsamt nicht möglich ist.

**Nachweis der Schwerbehinderung:**

Im Rahmen der Amtshilfe werden wir den Feststellungsbescheid über Ihre anerkannte Behinderung – sofern er nicht dem Antrag beigefügt wird - bei der zuständigen Behörde einholen.

**Weiterleitung der Daten bei Unzuständigkeit:**

Die Daten werden bei Unzuständigkeit an die von uns ermittelte zuständige Behörde weitergeleitet. Sie werden in diesem Fall informiert.

**Besonders geschützte persönliche Daten:**

Sollte es notwendig sein, darüber hinaus noch weitere besonders geschützte persönliche Daten (z.B. ärztliche Diagnosen, etc.) einzuholen und in diesem Zusammenhang andere Stellen zu beteiligen (z.B. Ihre Ärzte, etc.) werden wir Ihre Einwilligung hierzu vorab gesondert einholen.

**Datenspeicherung:**

Ihre Daten werden automatisch nach dem Ablauf von 10 Jahren nach Erledigung/Abschluss der Bearbeitung dieses Antrags gelöscht.

**Beschwerde:**

Sie können sich bei der Aufsichtsbehörde, dem Landesdatenschutzbeauftragten Baden-Württemberg, beschweren.

1. Wir bitten um Verständnis, dass aus Gründen der Lesbarkeit auf eine durchgängige Nennung der weiblichen und männlichen Bezeichnungen verzichtet wird. Selbstverständlich beziehen sich die Texte in gleicher Weise auf Frauen, Männer und Diverse. [↑](#footnote-ref-1)