

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
Sozialagentur Sachsen-Anhalt	 MANSFELD SÜDHARZ	Amt für Soziales und Integration Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12 06526 Sangerhausen
	Antragsausgabe:	Antragseingang:

Zutreffendes bitte ankreuzen ☑ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	<b>A N T R A G</b>		
	auf Leistungen der Eingliederungshilfe in Form des Budgets für Arbeit nach § 111 Abs. 1 Nr. 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)		
	Die Leistung der Eingliederungshilfe soll dazu befähigen, die eigene Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (§ 90 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).		
	<b>Beschreibung der Hilfe:</b> (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)		
	<input type="checkbox"/> Lohnkostenzuschuss zum Ausgleich der Leistungsminderung des Beschäftigten (§ 111 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. § 61 Abs. 2 Satz 1, 1. Halbsatz SGB IX)		
	<input type="checkbox"/> Aufwändungsersatz für die wegen der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz (§ 111 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. § 61 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB IX)		
	Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) des Arbeitgebers		
	Datum der Arbeitsaufnahme		Arbeits- bzw. Einsatzort
	<b>Beschreibung der Leistungsminderung der Budgetnehmerin / des Budgetnehmers und der daraus resultierende Bedarf an notwendiger Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz:</b> (soweit erforderlich, bitte zusätzliches Blatt anfügen)		
	<hr/>		
	<b>Leistungen werden beantragt für:</b>		
	Familiennamen (ggf. Geburtsnamen angeben)		Vorname(n)
	Geburtsdatum		
	Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		
	Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten		
erwerbsgemindert	pflegebedürftig	behindert/schwerbehindert	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja - Pflegegrad _____	<input type="checkbox"/> Ja - GdB _____	
krankenversichert			
<input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Ja			
<b>Betreuer / Vormund oder Vollmacht:</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Nachweis vorlegen			
Name, Vorname, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort			
Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten			
<b>Gesetzliche(r) Vertreter bei minderjährigem(r) Antragsteller/in:</b>			
Name, Vorname, Anschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort			
Telefon, E-Mail-Kontakt-Daten			

<b>Angaben zur Feststellung der Zuständigkeit des Rehabilitationsträgers (§§ 14, 98 Abs. 1 SGB IX)</b>	
Werden derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift) _____	
Falls <b>Nein</b> : Wurden in der Vergangenheit bzw. in den letzten 6 Monaten Leistungen der Eingliederungshilfe durch einen Leistungsträger erbracht?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja von _____ bis _____ und bitte Angaben zum Leistungsträger (Name und Anschrift) _____	
Wird derzeit eine Betreuung über Tag und Nacht in Anspruch genommen?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, dann bitte zusätzliche Angaben zum Aufenthalt in den <b>zwei Monaten</b> vor Beginn der Betreuung über Tag und Nacht (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) _____	

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

**Hinweis auf § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Angabe von Tatsachen –**

(1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweis-urkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

**Gemeinsame Erklärung zur Antragstellung (§ 61 Abs. 1 SGB IX)**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass mein o. g. Arbeitgeber im Rahmen des Budgets für Arbeit den Lohnkostenzuschuss zum Ausgleich der Leistungsminderung und die Kosten für die wegen der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz beantragt. Ich bin damit einverstanden, dass die bewilligte Leistung direkt an meinen Arbeitgeber ausgezahlt wird.

Es ist mir und meinem Arbeitgeber bekannt, dass die geltenden Regelungen des Mindestlohngesetzes (MiLoG) bei der Zahlung einer ortsüblichen Entlohnung angewendet werden müssen, soweit keine tarifvertragliche Bindung des Arbeitgebers besteht.

Mit Unterzeichnung des Antrages und des Abfragebogens wird die Kenntnisnahme der datenschutzrechtlichen Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 sowie Artikel 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bestätigt.

Die Wahrheit der vorstehenden Angaben wird durch die Unterschrift versichert.

Im Falle eines Anspruches auf Leistungen der Eingliederungshilfe ist mit dem Antragsteller/der Antragstellerin ein Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Die Angaben im Gesamtplan- und/oder Teilhabeplanverfahren werden gemeinsam mit dem Antragsteller/der Antragstellerin/dem gesetzlichen Vertreter erstellt. Diese Angaben dienen der Hilfeplanung im Rahmen des Einsatzes der Leistungen der Eingliederungshilfe.

Mit der Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin/des gesetzlichen Vertreters erklärt sich dieser/diese damit einverstanden, dass die erfassten Daten für die Durchführung der Hilfeplanung verwendet werden.

Bestätigung des Budgetnehmers/der Budgetnehmerin		Bestätigung des Arbeitgebers	
Ort, Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters	Ort, Datum	Firmenstempel und Unterschrift