

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

Zutreffendes bitte ankreuzen ☑ bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	A B F R A G E	
	des Trägers der Eingliederungshilfe von Persönlichen Angaben zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Form von ► Beschäftigung bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern als Budget für Arbeit (BfA) (§ 111 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. § 61 SGB IX)	
	– Ist von dem/der Antragsteller/in auszufüllen. –	
	Gemäß § 60 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 sowie Absatz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat, wer Sozialleistungen beantragt, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen Beweiskunden vorzulegen. Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden. Gemäß § 138 Absatz 1 Nummer 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist für die vorgenannten Leistungen kein Beitrag aus dem Einkommen und Vermögen aufzubringen. Es erfolgt daher keine Abfrage in diesem Vordruck.	
	1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen der Antragstellerin / des Antragstellers (§ 136 Abs. 1, 3 SGB IX)	
	Familienname (ggf. Geburtsname)	
	Vorname	
	Geburtsdatum, Geburtsort/Kreis	
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden seit (Urteil beifügen) _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____
Telefonnummer / E-Mail-Adresse		
Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
Antragsteller wohnt in einer	<input type="checkbox"/> Wohnung im Sinne des § 42a Abs. 2 Nr. 1 SGB XII <input type="checkbox"/> besonderen Wohnform im Sinne des § 42a Abs. 2 Nr. 2 SGB XII <input type="checkbox"/> anderen Unterbringungsform (z.B. Einrichtung nach § 43a SGB XI) _____	
Antragsteller wohnt dort seit	_____	
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (mit Dokument)		
Ausweisdokument mit Nummer	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass _____	
Schwerbehinderung (mit Dokument)	Grad der Behinderung (GdB): Merkzeichen:	
Pflegebedürftigkeit und Leistung	Pflegegrad: Leistung: Bitte Bescheid beifügen!	
Krankenversicherung, Name Versicherungsnummer		
Rentenversicherung, Name Versicherungsnummer		
Vormund / Betreuer	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Urkunde vorlegen und Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort) eintragen _____	

2. Angaben zu den Beeinträchtigungen/Behinderungen (§ 60 Abs. 1 SGB I)		
	Grund	Erläuterung
Die Behinderung ist eingetreten auf Grund von	<input type="checkbox"/> Unfall	_____
	<input type="checkbox"/> Impfschaden	_____
	<input type="checkbox"/> Gewalteinwirkung	_____
	<input type="checkbox"/> Andere Ursachen	_____
Bekannte ärztliche Diagnosen	_____	
Besteht wegen der Behinderung ein Schadensersatzanspruch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte Name und Anschrift des Verursachers eintragen _____	

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

3. Angaben zur Werkstattfähigkeit (§ 60 Abs. 1 SGB I, § 58 Abs. 1 SGB IX)		
	Zeitraum (von/bis)	Arbeitgeber/Einrichtung/Dienst (Leistungserbringer)
Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vor Aufnahme in eine WfbM oder bei einem anderen Leistungsanbieter	_____	_____
	_____	_____
Absolvierung des Eingangsverfahrens und des Berufsbildungsbereichs in einer WfbM oder bei einem anderen Leistungsanbieter	_____	_____
	_____	_____
Tätigkeiten im Arbeitsbereich in einer WfbM oder bei einem anderen Leistungsanbieter	_____	_____
	_____	_____
Die Feststellung der vollen und dauerhaften Erwerbsminderung (Erwerbsunfähigkeit) durch den Rentenversicherungsträger ist nachzuweisen, wenn der Zugang nicht aus dem erfolgreich absolvierten Berufsbildungsbereich oder aus der Beschäftigung im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder einem anderen Leistungsanbieter (aLa) erfolgt.		

4. Angaben zum Arbeitgeber (§ 60 Abs. 1 SGB I, § 61 Abs. 1 SGB IX)	
Firmenname und Rechtsform	_____
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	_____
Telefonnummer / E-Mail-Adresse	_____
Ansprechpartner im Betrieb (Name, Telefon, Mail)	_____
Bankverbindung	IBAN _____ BIC _____ Kreditinstitut _____

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

5. Angaben zum Arbeitsverhältnis (§ 60 Abs. 1 SGB I, § 61 Abs. 1 SGB IX)

Datum des Arbeitsvertrages		
Dauer des Beschäftigungsverhältnisses	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet, dann bitte Dauer und Grund der Befristung eintragen vom _____ bis _____ _____ _____	
Wöchentliche Arbeitszeit einer Vollzeitkraft		
Wöchentliche Arbeitszeit des/der Antragstellers/in		
Tarifvertragliche Bindung des Betriebes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, dann bitte geltenden Tarifvertrag eintragen _____	
Entlohnung pro Stunde (in Euro)	Brutto: _____	Netto: _____
Entlohnung pro Monat (in Euro)	Brutto: _____	Netto: _____
Tätigkeiten (Aufgaben) am Arbeitsplatz des/der Antragstellers/in	_____ _____ _____	

Der Arbeitgeber muss eine Erklärung über die Kenntnisnahme der geltenden Regelungen des Mindestlohngesetzes (MiLoG) und deren Anwendung auf das zugrundeliegende Beschäftigungsverhältnis abgeben.

6. Ergänzungen/Anmerkungen zu den vorangegangenen Angaben (Punkt 1. bis 5.)

Hinweis auf Abgrenzung der Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM oder eines aLa

Der beim Budget für Arbeit zugrundeliegende Arbeitsvertrag begründet kein arbeitnehmerähnliches Rechtsverhältnis wie in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) i. S. d. § 56 SGB IX oder bei einem anderen Leistungsanbieter (aLa) i. S. d. § 60 SGB IX. Ein Arbeitsförderungsgeld nach § 59 SGB IX und ein Mehrbedarf für Mehraufwendungen bei gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung nach § 42b SGB XII kann somit nicht gewährt werden.

Ebenso werden Kosten für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder mit einem Fahrdienst zum Erreichen des Arbeitsplatzes im Rahmen des Budgets für Arbeit grundsätzlich nicht übernommen. Diese sind in der Regel aus dem Arbeitsentgelt (Lohn) selbst zu tragen. Vorzugsweise sollte die Möglichkeit der unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personenverkehr innerhalb der zu beachtenden Voraussetzungen (Schwerbehindertenausweis mit Wertmarke) genutzt werden.

Hinsichtlich Dauer und Ende der Beschäftigung gelten die einzelvertraglichen, unter Umständen die tarifvertraglichen Regelungen sowie die Bestimmungen zur allgemeinen Altersgrenze gemäß § 58 Abs. 1 SGB IX i. V. m. §§ 35 ff. SGB VI analog.

Im Fall einer Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses vor Erreichen der Regelaltersgrenze kann der Mensch mit Behinderung eine Beschäftigung in einer WfbM oder bei einem aLa aufnehmen. Hierbei besteht gemäß § 220 Abs. 3 SGB IX für die WfbM eine dauerhafte Aufnahmepflicht.

Bei Fragen bezüglich der Auswirkungen auf Ihre rentenrechtlichen Ansprüche wenden Sie sich bitte an die Auskunftsstellen der Deutschen Rentenversicherung. Eine Beratung bei der Deutschen Rentenversicherung sollte grundsätzlich vor Arbeitsaufnahme erfolgen.

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.

Hinweis auf § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) – Folgen fehlender Mitwirkung –

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungs-pflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 SGB I nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeits-unfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungs-pflichten nach den §§ 62 bis 65 SGB I nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Schlussklärung

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.

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

Rechtsverbindliche Unterschrift

Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters	<input type="checkbox"/> Antrag aufgenommen <input type="checkbox"/> Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft	
Datum	Unterschrift des/der Partner/in	Datum	Unterschrift Sachbearbeiter/in (Behörde)