Kommunalverband für Jugend und Soziales

Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

Baden – Württemberg (KVJS)

Dezernat: Integrationsamt – Referat 34

Postfach 4109, 76026 Karlsruhe

**Arbeitgeberantrag**

**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:**  **Zur Auswahl hier klicken**  bei sonstiges bitte benennen: | | | | | | | Präsenz  Online |
|  | | | | | | | |
| **Jahresleistungen/Budget** | | | | | | | |
| 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:**  **Zur Auswahl hier klicken**  bei sonstiges bitte benennen: | | | | | | Präsenz  Online | |
|  | | | | | | | |
| **Telefon-Relay-Dienst** | | | | | | | |
| Zeitraum von       bis | | | | Gesprächsdauer:       Minuten/Monat | | | |
|  | | | | | | | |
| **Einsatzort: (falls abweichend vom Arbeitsort)** | | | | | | | |
| Firma: | | PLZ/ Ort: | | | | | Straße: |

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**

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

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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Zur behindertengerechten Einrichtung wurden bereits Maßnahmen getroffen:** ja  nein  keine Änderungen zum vorherigen Antrag

**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, …):

1. **Bankverbindung des offiziellen Geschäftskontos**

Institut:

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

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

Die Datenschutzbestimmunen des KVJS haben wir zur Kenntnis genommen.

Wir haben unseren Mitarbeiter über die Antragstellung informiert und ihm das  
 Informationsschreiben zum Datenschutz ausgehändigt.

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

Ort, Datum Stempel, Unterschrift

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

**-** Bestätigung des schwerbehinderten Beschäftigten über den **Erhalt des Informationsschreibens nach Artikel 13 DS-GVO** (EU-Datenschutzgrundverordnung) incl. der **Einwilligung zur   
Weitergabe von Daten an Dritte** nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU- DS-GVO), **siehe Anlage 2**

- Kopie des aktuellen Schwerbehindertenausweises

- ggfs. Bescheid über Zuschüsse nach Ziffer 4.

**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 und speichern. 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, stellvertretender Referatsleiter)  
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 des Kommunalverbandes für Jugen und Soziales Baden-Württemberg:**

(Datenschutzbeauftragte, stellvertretende Datenschutzbeauftragte)

Alice Spätgens, Telefon 0711 6375-570,

Christine Denk, 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.

**Weiterleitung der Daten bei Unzuständigkeit:**

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

**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.

**Anlage 2**

**Hinweise zum Datenschutz**

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

**(EU-Datenschutzgrundverordnung)**

**für den beschäftigten schwerbehinderten Menschen**

Sehr geehrte Dame,

sehr geehrter Herr,

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

Sie als Betroffener[[2]](#footnote-2) 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, stellvertretender Referatsleiter)  
Berthold Deusch, Telefon: 0721 8107-911, E-Mail: [Berthold.Deusch@kvjs.de](mailto:Berthold.Deusch@kvjs.de)

Rouven Wrtal, Telefon: 0721 8107-912, E-Mail: [Rouven.Wrtal@kvjs.de](mailto:Rouven.Wrtal@kvjs.de).

**Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten des KVJS:**

(Datenschutzbeauftragte, stellvertretende Datenschutzbeauftragte)

Alice Spätgens, Telefon 0711 6375-570

Christine Denk, , Telefon 0711 6375-213,

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

**Zweck der Datenverarbeitung:**

Prüfung der Voraussetzungen für die beantragte 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 Daten in erforderlichem Umfang, zumindest aber Ihr Name, Ihr Geburtsdatum und Ihre Anschrift, 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 bzw. Prüfung der Leistungsvoraussetzungen
* Beteiligung externer Stellen im Rahmen der Amtshilfe

Mögliche (extern) beteiligte Stellen können sein:

* Ihr Arbeitgeber 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 zur 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 bei der zuständigen Behörde einholen.

**Weiterleitung der Daten bei Unzuständigkeit:**

Die Daten werden bei Unzuständigkeit an den von uns ermittelten zuständigen Leistungsträger weitergeleitet. Hierzu sind wir nach § 14 SGB IX verpflichtet. 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.

**Bestätigung überden Erhalt des Informationsschreibens**

**nach Art. 13 DS-GVO**

Das Informationsschreiben nach Art. 13 DS-GVO (EU-Datenschutzgrundverordnung) für den beschäftigten schwerbehinderten Menschen wurde mir,

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

vom Arbeitgeber ausgehändigt am:

Firmenstempel oder Name und Adresse des Arbeitgebers

Unterschrift

Datum

**Einwilligung des beschäftigten schwerbehinderten Menschen**

**zur Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DS-GVO)**

Zur Bearbeitung des Antrages ist es erforderlich, dass wir Dritte (z. B. Sachverständige/ sonstige Behörden) einschalten und Ihre personenbezogenen Daten an diese weiterleiten.

**Bitte unbedingt ankreuzen**:

Ich,       bin mit der   
Name, Vorname

Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an folgende Dritte einverstanden:

* **zuständiger örtlicher Integrationsfachdienst**

**einverstanden**  **ja**  **nein**

Sofern Sie nicht damit einverstanden sind, kann der Sachverhalt nicht umfassend aufgeklärt werden. Dies führt dazu, dass das Integrationsamt seine Entscheidung nach dem übrigen Akteninhalt, so unter anderem den Angaben Ihres Arbeitgebers, zu treffen hat. Dies kann sich zu Ihren Ungunsten auswirken.

Ort, Datum Unterschrift

bitte über den IFD

an das Integrationsamt des KVJS

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)
2. 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-2)