

Name, Vorname des/der Beschäftigten:

Geschäftszeichen des Integrationsamtes:

214.

Antrag auf Leistungen zur Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen

1. Angaben zur Entlohnung und der Arbeitszeit des schwerbehinderten Menschen

Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: _____ Euro

Bitte fügen Sie diesem Antrag eine Kopie des aktuellen Entgeltnachweises des schwerbehinderten Menschen bei!

Arbeitstage des/der Beschäftigten pro Woche: _____ Tage

tarifliche/betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden

tägliche Arbeitszeit des/der Beschäftigten: _____ Stunden

Geltender Tarifvertrag: _____

wöchentliche Arbeitszeit des/der Beschäftigten: _____ Stunden

2. Angaben zur außergewöhnlichen Belastung

- a) Im Zusammenhang mit der Beschäftigung der/des Arbeitnehmers/in auf seinem/ihrer Arbeitsplatz entstehen uns außergewöhnliche Belastungen, weil ...

- b) Welche Maßnahmen wurden bisher zur Reduzierung der außergewöhnlichen Belastung getroffen?

Umsetzung Ja Nein

Zusätzliche Einweisung Ja Nein

Qualifizierung/Fortbildung Ja Nein

Behinderungsgerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes Ja Nein

Sonstiges: _____

3. Detaillierte Stellenbeschreibung

		Art der Ausführung				
		ohne Einschränkung	mit Unterstützung *	Eingeschränkt*	gar nicht*	
Tätigkeit	% der tägl. Arbeitszeit					*Erläuterung
Summe:						

Beispiel:

Einrichtung der Maschine	10		x			Einrichtung des AP durch Kollegen ca. 20 min/d
Rüsten der Maschine	5		x			Bereitstellung durch Kollegen
Maschinenbedienung	20	x				
Einlegen und Entnehmen der Teile	50	x				
Qualitätskontrolle	10			x		Nur mit besonderen Hilfsmitteln, dadurch zeitaufwändiger
Teiletransport mit Hubwagen	5				x	Verfahren durch Kollegen
Summe	100					