

Persönliche Angaben (Anlage P) zum Antrag vom _____

Angaben zur Person

Name (ggf. Geburtsname), Vornamen (Rufname bitte unterstreichen): _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Tel.-Nr. (tagsüber): _____ Fax-Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

Bankverbindung (Name der Bank): _____ IBAN: _____

Ausgeübter Beruf / Tätigkeit: _____ Erlernter Beruf: _____ Geschlecht: _____

wöchentliche Arbeitszeit: _____ beschäftigt seit: _____

Arbeitgeber (mit Anschrift): _____

Angaben zur Behinderung / Schädigung

Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX)

☐ Bei mir wurde vom Amt für Versorgung und Soziales – Versorgungsamt – eine Schwerbehinderung festgestellt. (Bitte Kopie des aktuellen Feststellungs**bescheides** und des Schwerbehinderten**ausweises** beifügen).

☐ Ich wurde durch die Agentur für Arbeit den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt.
Die Gleichstellung ist ☐ unbefristet / ☐ befristet bis: _____
(Bitte **zusätzlich** Kopie des Gleichstellungs**bescheides** beifügen).

Soziales Entschädigungsrecht

☐ Bei mir wurde durch das Amt für Versorgung und Soziales – Versorgungsamt – eine Minderung der Erwerbsfähigkeit anerkannt. (Bitte Kopie des **Bescheides** des Versorgungsamtes beifügen).

Ich erhalte Leistungen nach dem

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bundesversorgungsgesetz | <input type="checkbox"/> Soldatenversorgungsgesetz | <input type="checkbox"/> Infektionsschutzgesetz |
| <input type="checkbox"/> Opferentschädigungsgesetz | <input type="checkbox"/> Häftlingshilfegesetz | <input type="checkbox"/> Zivildienstgesetz |
| <input type="checkbox"/> SED-Unrechts-Bereinigungsgesetz | | |

Angaben zu Ansprüchen gegen Dritte

Meine Behinderung / Schädigung ist ganz oder teilweise

- auf Verschulden Dritter zurückzuführen

☐ ja

☐ nein

- Folge eines Arbeits- oder Dienstunfalls

☐ ja

☐ nein

Ich habe oder hatte deshalb Ansprüche auf z. B. Rente,

Schmerzensgeld, Schadenersatz oder Unfallausgleich

☐ ja

☐ nein

wenn ja,
gegen

An-
schrift:

Aktenzeichen:

Es wurde eine Abfindung gezahlt

☐ ja

☐ nein

⇒ Bei noch nicht abgeschlossenen Verfahren bitte den Sachverhalt auf einem Beiblatt erläutern !

Angaben zur Sozialversicherung

Rentenversicherung

Ich zahle aktuell Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung.

☐ ja, seit _____

☐ nein

Ich habe in der Vergangenheit Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt.

☐ ja, seit _____

☐ nein

Anschrift der Rentenversicherung:

Versicherungs-Nr.

Leistungen der beruflichen Rehabilitation

☐ Ich habe in den letzten sechs Monaten Leistungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation erhalten oder beantragt (z. B. Rehabilitationsmaßnahme (Kur), Umschulung, Arbeitsplatzausstattung, Rente).

Wenn ja,
wann:

von/bei wem (mit Anschrift und Aktenzeichen):

☐ Ich beabsichtige einen Antrag auf Leistungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation zu stellen.

Wenn ja, bei wem (Anschrift):

Besondere Bemerkungen

Z. B. bestehende Vollmacht oder Betreuung

Hinweise

Die Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten und gelesen.

Mir ist bekannt, dass bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben die Leistung zurückgefordert werden kann (§ 45 ff. SGB X). Die zur Verfügung gestellten Angaben und Unterlagen zu meiner Behinderung sowie die Angaben meines Arbeitgebers zu meiner Person dürfen für die Bearbeitung des Antrags genutzt werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Hinweise zum Datenschutz für schwerbehinderte Mitarbeitende

Für die Bearbeitung des Antrags auf Leistungen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben benötigen wir Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Arbeitsverhältnis (z. B. Grad der Behinderung, Arbeitgeber, Tätigkeit).

Die Angaben sind erforderlich, damit wir prüfen können, ob eine Leistungsgewährung nach den für uns geltenden Bestimmungen möglich ist. Der Zweck der beantragten Leistung ist es, Ihre Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.

Die erhobenen Daten werden in Schriftform in Akten gesammelt und teilweise in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung verarbeitet. Diese Verarbeitung der Daten macht die Ermittlung und Auszahlung einer Leistung erst möglich. Dabei werden nur entscheidungserhebliche Daten gespeichert.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Sozialdaten sind die §§ 67 a ff. SGB X.

Die erfassten Daten werden beim LWV Hessen für die Dauer von zehn Jahren gespeichert. Die Speicherung über den Zeitpunkt der Auszahlung der Leistung hinaus ist notwendig, damit

- die haushaltrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden,
- keine Doppelförderungen erfolgen und
- die zuständigen Prüfinstanzen (Revision des LWV Hessen und Hessischer Rechnungshof) die ordnungsgemäße Bearbeitung der Anträge und Verwendung der finanziellen Mittel überprüfen können.

Auf dem Formular Persönliche Angaben (P) erfragen wir von Ihnen auch Daten zu Ihrer Behinderung. Diese Angaben sind erforderlich, damit wir prüfen können, ob Sie zu dem Personenkreis gehören, für den wir Leistungen nach Teil 3 des Sozialgesetzbuches, Neuntes Buch (SGB IX), erbringen können und ob die Leistungen wegen Ihrer Behinderung erforderlich sind.

Da es sich hier um besonders geschützte Gesundheitsdaten handelt, brauchen wir Ihre Einwilligung, damit wir diese Daten verarbeiten dürfen. Das Formular mit den Persönlichen Angaben (P) enthält deshalb eine Einwilligung, mit der Sie sich mit der Verarbeitung Ihrer Daten einverstanden erklären.

Wenn Sie nicht mit der Verarbeitung der Daten einverstanden sind, kann das Integrationsamt Ihren Antrag nicht prüfen und keine Leistung gewähren.

Sie können diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Sie können uns die Anlage P inkl. der dort angeforderten Unterlagen zu Ihrer Behinderung direkt zusenden oder auch in einem verschlossenen Umschlag bei Ihrem Arbeitgeber abgeben, damit uns dieser alle benötigten Antragsunterlagen gemeinsam zusendet.

Sollten wir nicht für die Bearbeitung des Antrages zuständig sein, sind wir gesetzlich verpflichtet, den Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger (z. B. an die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung) oder ein anderes Integrationsamt weiterzuleiten. Die Rechtsgrundlage dafür sind die §§ 14,15 SGB IX bzw. § 16 SGB I.

Sie haben ein Auskunftsrecht über die bei uns gespeicherten Daten. Sie haben ein Recht auf Berichtigung oder Löschung von fehlerhaften Daten oder Einschränkung der Verarbeitung.

Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich an die Datenschutzbeauftragte beim LWV Hessen wenden:

Datenschutzbeauftragte des LWV Hessen

Ständeplatz 6 – 10

34117 Kassel

E-Mail-Adresse: datenschutzbeauftragte@lwg-hessen.de

Verantwortliche Stelle für den Datenschutz im Sinne des Art. 4 Nr. 7 Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit § 67 Abs. 4 Satz 2 SGB X ist der

Leiter des LWV Hessen Integrationsamtes

Thomas Niermann

Ständeplatz 6-10

34117 Kassel

E-Mail-Adresse: thomas.niermann@lwg-hessen.de

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (HBDI) überwacht die Einhaltung der Vorschriften der Datenschutzregelungen bei öffentlichen Stellen in Hessen. Sollten sich Schwierigkeiten ergeben, haben Sie die Möglichkeit, eine Beschwerde beim Hessischen Datenschutzbeauftragten einzureichen.

**Der Hessische Beauftragte für Datenschutz
und Informationsfreiheit**

Postfach 3163

65021 Wiesbaden

E-Mail-Adresse: poststelle@datenschutz.hessen.de

Ihr Integrationsamt