|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| An das  Amt der Burgenländischen Landesregierung  Abteilung 6 – Hauptreferat Soziales  Europaplatz 1  7000 Eisenstadt | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Antrag auf Gewährung  eines Lohnkostenzuschusses  zum Ausgleich der Erwerbsminderung  gem. § 26 Bgld. Sozialhilfegesetz** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Daten der Dienstnehmerin / des Dienstnehmers** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nachname** | | | |  | | | | | | | | | |  | **Vorname** |  | |  |
| **SV-Nummer** | | |  | | | | | | **Geburtsdatum** | | | |  |  |  | | |  |
| **Wohnsitz** | | PLZ | | |  | | | | | Wohnort | |  | | | | | |  |
|  | | Straße / Hausnummer | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II. Daten des antragstellenden Betriebes** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firmenbezeichnung | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
| Adresse |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Telefon |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| E-Mail |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Ansprechpartner/in | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bankverbindung des antragstellenden Betriebes** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Bank | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| IBAN | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| BIC | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. Daten zum Dienstverhältnis** | | | | | | | |
| Beschäftigt als | |  | | | | |  |
| Beginn des Dienstverhältnisses | | |  | | | |  |
| Beschäftigungsausmaß (Wochenstunden) | | | |  | | |  |
| Beschäftigungsart (ständige Beschäftigung, Saisonarbeit, …) | | | | | |  |  |
| Adresse des Arbeitsplatzes / der Dienststelle | | | | | (wenn andere Adresse als Adresse des Betriebes) | |  |
|  |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zweck der geschützten Arbeit** ist es, einem behinderten Menschen, der wegen eines Leidens oder Gebrechens mit Nichtbehinderten auf dem Arbeitsmarkt nicht mit Erfolg konkurrieren kann, auf einem geeigneten Arbeitsplatz das kollektivvertragliche oder betriebsübliche Entgelt zu sichern **(geschützter Arbeitsplatz)** | |  |
| Welche Behinderung liegt vor: | |  |
|  |  |  |
| Als **Nachweis** werden folgende ärztliche Befunde, psychologische Gutachten, Zeugnisse usw. vorgelegt: | |  |
|  |  |  |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tätigkeiten, die infolge der Behinderung nicht oder nicht vollständig ausgeführt werden können, **Beschreibung von Arbeitsabläufen und notwendigen Hilfestellungen z.B. durch Kollegen (Bitte umfassende Angabe, nicht nur Tätigkeitsbeschreibung!):** | |  |
|  |  |  |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Erfolgt eine Förderung des Arbeitsplatzes von anderer Stelle?** | | | | |
|  | Nein | | | |
|  | Ja | Wenn Ja, von welcher Stelle |  |  |
|  | | |  |  |
| Seit wann und wie lange | | |  |  |
|  | | |  |  |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| **Subsidiaritätsprinzip** |
| Gemäß § 2 Abs. 1 des Bgld. Sozialhilfegesetz 2000 ist Sozialhilfe nur soweit zu gewähren, als nicht von anderer Seite in Erfüllung der Aufgaben entsprechende Hilfe geleistet wird (Subsidiaritätsprinzip).  Demnach müssen in erster Linie alle anderen zur Verfügung stehenden Mitteln/Stellen zur Förderung des Arbeitsplatzes eines behinderten Menschen ausgeschöpft werden.  **Vor der Antragstellung beim Land Burgenland ist ein Ansuchen auf Zugehörigkeit zum Kreis der begünstigt Behinderten beim Sozialministeriumservice zu stellen.**  Im Falle der Zugehörigkeit besteht die Möglichkeit der Förderung einer Entgeltbeihilfe – bei Beschäftigung begünstigt Behinderter zum Ausgleich von behinderungsbedingten Leistungseinschränkungen – seitens des Sozialministeriumservice.  Nähere Informationen und Formulare sind auf der Internetseite des Sozialministeriumservice verfügbar – derzeit unter: <https://www.sozialministeriumservice.at/site/Finanzielles/Foerderungen/Lohnfoerderungen/>  **Nur wenn keine Zugehörigkeit zum Kreis der begünstigt Behinderten vorliegt, oder keine Förderung einer Entgeltbeihilfe seitens des Sozialministeriumservice gewährt wird, kann ein Antrag auf Lohnkostenzuschuss beim Land Burgenland eingebracht werden.**  Als Nachweis müssen folgende Unterlagen angeschlossen werden:   * Bescheid des Sozialministeriumservice über die Zugehörigkeit zum Kreis der begünstigt Behinderten * Entscheidung des Sozialministeriumservice über die Gewährung einer Entgeltbeihilfe |

**NICHT ANSPRUCHSBERECHTIGT SIND PERSONEN, DIE LAUT BESCHEID DES SOZIALMINISTERIUMSERVICE ZUM KREIS DER BEGÜNSTIGT BEHINDERTEN ZÄHLEN. IN DIESEN FÄLLEN IST DAS SOZIALMINISTERIUMSERVICE ZUSTÄNDIG.**

**ERFOLGT EINE FÖRDERUNG DES ARBEITSPLATZES VON ANDERER STELLE, BESTEHT EBENFALLS KEIN ANSPRUCH AUF DIE HILFELEISTUNG.**

**Verpflichtungserklärung:**

Ich versichere, dass ich die in diesem Antrag angeführten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben eine Rückforderung eines gewährten bzw. bereits ausbezahlten Zuschusses nach sich ziehen.

Ich verpflichte mich weiters einen nicht gebührenden bzw. zu Unrecht erhaltenen Zuschuss zurückzuzahlen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller/in |