

**Antrag auf Leistungen
nach dem Sozialgesetzbuch
- Neuntes Buch - (SGB IX)
i. V. m. der Schwerbehinderten-
Ausgleichsabgabeverordnung
(SchwbAV)**

Wichtiger Hinweis:
Finanzielle Leistungen können in der Regel nur dann bewilligt werden, wenn ein entsprechender Antrag vor Vertragsabschluss (Kauf/Bestellung/Darlehen etc.) gestellt wird.

- Technische Arbeitshilfen (§ 19 SchwbAV)
- Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten (§ 24 SchwbAV)
- Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 25 SchwbAV)

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		
Kreis	Telefon (tagsüber)	
Kontonummer	Name und Sitz des Geldinstituts	Bankleitzahl

2 Allgemeine Angaben zur Behinderung

Ich bin <input type="checkbox"/> schwerbehindert <input type="checkbox"/> gleichgestellt Aktenzeichen der Anerkennung	Bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamts und Schwerbehindertenausweis bzw. Gleichstellungsbescheid des Arbeitsamts in Kopie beifügen.
Die Behinderung beruht auf <input type="checkbox"/> einer Kriegsbeschädigung <input type="checkbox"/> einem Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> einer Wehrdienstbeschädigung <input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit <input type="checkbox"/> einer Internierung <input type="checkbox"/> einem Unfall durch Fremdverschulden <input type="checkbox"/> einem Impfschaden <input type="checkbox"/> einer Krankheit <input type="checkbox"/> einer Gewalttat <input type="checkbox"/>	

3 Angaben zum Beruf

Ich bin <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/>	
Anschrift des Arbeitgebers (mit Telefon-Nr.) Wochenarbeitszeit Wochenstunden	
<input type="checkbox"/> beim jetzigen Arbeitgeber beschäftigt seit _____ <input type="checkbox"/> insgesamt berufstätig seit _____ <input type="checkbox"/> arbeitslos seit _____ <input type="checkbox"/> in Umschulung seit _____	Arbeitsaufnahme ab _____ vorgesehen bei (Firma mit Tel.-Nr.) _____
<input type="checkbox"/> rentenversichert bei (Anschrift) _____	Versicherungs-Nr. _____

