

Antrag auf Leistungen nach dem Landesprogramm zur Förderung der Schaffung und Erhaltung von sozialversicherungspflichtigen Ausbildungs- und Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Landesprogramm „Inklusive Ausbildung und Arbeit“)

Bitte senden Sie den Antrag postalisch an

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Dezernat Inklusionsamt
Friedrich-Engels-Platz 5-8
18055 Rostock

oder per Mail an ina.poststelle@lagus.mv-regierung.de

Antrag auf Leistungen für die Bereitstellung eines Praktikumsplatzes

Hinweis: Der Antrag muss vor Beginn des Praktikums gestellt werden. In Ausnahmefällen kann eine verspätete Antragstellung bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Praktikumsbeginn berücksichtigt werden.

Angaben zum Praktikumsbetrieb

Name des Unternehmens:		Betriebssitz:
Anschrift des Betriebes:		Betriebsnummer:
Nur falls Betriebssitz außerhalb von Mecklenburg-Vorpommern Anschrift der Zweigstelle in Mecklenburg-Vorpommern:		
Name der vertretungsberechtigten Person (Geschäftsführer/Vorstandsvorsitzender etc.):	Name und Kontaktdaten (Telefonnummer, Email-Adresse) des Ansprechpartners in diesem Verfahren:	
Branche: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Gesundheits- und Sozialwesen<input type="radio"/> Erziehung und Unterricht<input type="radio"/> Versicherung, Banken, Information und Kommunikation<input type="radio"/> Energie- und Wasserversorgung, Baugewerbe, Bergbau<input type="radio"/> Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Fischerei<input type="radio"/> Öffentliche Verwaltung		

<ul style="list-style-type: none"> ○ Erbringung von Dienstleistungen/Einzelhandel ○ Gastgewerbe, Kunst und Unterhaltung, Erholung ○ Verkehr, Lagerei, Transport 	
Kontoverbindung	
Kreditinstitut:	
IBAN:	BIC:

Angaben zum Praktikanten

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Anschrift:			
Beschäftigung als (Tätigkeit):		Ort des Praktikums:	
Praktikumsbeginn:	Praktikumsende:	Stundenumfang/Woche:	
Der Praktikumsvertrag wurde bereits geschlossen (sofern vorhanden, bitte Entwurf übersenden):			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Es handelt sich um folgendes Praktikantenverhältnis:			
<input type="checkbox"/> Praktikum im Sinne des § 26 BBiG <input type="checkbox"/> betriebliche Erprobung im Sinne des § 45 Abs. 4 Nr. 3 SGB III <input type="checkbox"/> Praktikum im Rahmen einer Schul-, Ausbildungs- oder Studienordnung (zum Beispiel berufsausbildungs- oder studienbegleitende Praktika) <input type="checkbox"/> ein Praktikum im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung nach § 55 SGB IX <input type="checkbox"/> Betriebspraktikum nach § 5 Absatz 4 Werkstättenverordnung:			
Für den Praktikanten wurden bereits Leistungen nach dem Landesprogramm bezogen:			
<input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> Nein			
Bezug vorrangiger/gleichartiger Leistungen – Art der Leistung:			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in Form von _____ (Kopie des Bescheides bitte beifügen)			
Grad der Behinderung: _____			
(Sofern vorhanden bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises oder Gleichstellungsbescheid beifügen.)			

Personenkreis:

eine Schülerin/ein Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die/der vom Integrationsfachdienst im Rahmen des Übergangs von der Schule in eine betriebliche Ausbildung oder eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt begleitet wird

Bitte Nachweis beifügen.

eine Schulabgängerin/ein Schulabgänger mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die/der bereits durch den Integrationsfachdienst begleitet wurde, im Anschluss an die Beendigung der Schulzeit zur Aufnahme einer betrieblichen Ausbildung

Bitte Nachweis beifügen.

ein schwerbehinderter Mensch, der im Anschluss an eine Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder einer innerbetrieblichen Qualifizierungsmaßnahme im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung nach § 55 SGB IX in eine sozialversicherungspflichtige Ausbildung/Beschäftigung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechselt

ein schwerbehinderter Mensch, der gemäß § 155 Absatz 1 Nummer 1 SGB IX im Arbeitsleben besonders betroffen ist, weil _____

ein schwerbehinderter Mensch, der das 50. Lebensjahr vollendet hat (§ 155 Absatz 1 Nummer 2 SGB IX)

ein schwerbehinderter Mensch, der von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen ist (§ 18 SGB III, § 192 Absatz 3 SGB IX)

ein schwerbehinderter Mensch mit Bezug von Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)

ein schwerbehinderter Mensch, der in einem Inklusionsbetrieb (§ 215 SGB IX) eine sozialversicherungspflichtige Ausbildung/Beschäftigung findet

ein schwerbehinderter Mensch, der einer Unterstützung im Sinne des § 192 Absatz 2 und 3 SGB IX bedarf

keiner der vorgenannten Personengruppen angehörig

Bisherige Beschäftigung:

arbeitslos seit: _____

Schulabgänger/in Abgangsdatum: _____

arbeitssuchend ohne sozialversicherungspflichtige Beschäftigung seit: _____

befristet beschäftigt bei _____ von: _____ bis: _____

unbefristet beschäftigt bei _____ seit: _____

Nur ausfüllen, wenn ein Übergang aus einer Werkstatt für behinderte Menschen (Wfbm) erfolgt:

Es handelt sich um einen ausgelagerten Platz einer WfbM: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Praktikum erfolgt im Anschluss an eine Beschäftigung in einer WfbM <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen)
Abgebende Werkstatt für behinderte Menschen:

Nur ausfüllen, wenn ein Übergang aus einer Innerbetrieblichen Qualifizierungsmaßnahme im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung nach § 55 SGB IX erfolgt:

Praktikum erfolgt im Anschluss an eine Maßnahme der Unterstützten Beschäftigung: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Nachweis beifügen)
Abgebender Träger der Unterstützten Beschäftigung:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Ich bin damit einverstanden, dass das Inklusionsamt den o. g. schwerbehinderten Menschen über diesen Antrag informiert und von ihm erforderliche Auskünfte und Unterlagen abfordert.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Inklusionsamtes erforderlich sind und gespeichert und verarbeitet werden. Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X. Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen

Ich bestätige, dass die/ der zu Beschäftigende über die Antragstellung informiert wurde. Ihr/ ihm wurde das beiliegende Hinweisblatt ausgehändigt.

Ich versichere, stets einen Lohn zu zahlen, der seiner Höhe nach nicht gegen das Mindestlohngesetz in seiner jeweils geltenden Fassung verstößt.

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift (Praktikumsbetrieb)
---------------	---

Die Informationen zum Datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Die von mir zur Verfügung gestellten Angaben und Unterlagen zu meiner Behinderung dürfen für die Bearbeitung des Antrags entsprechend genutzt werden.

Ort und Datum	Unterschrift (Praktikant/in)
---------------	------------------------------