

Anschrift zuständiges Integrationsamt

Antrag auf Kostenübernahme zur Teilnahme an einer Maßnahme gemäß §24 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabenverordnung (SchwbAV)

1. Persönliche Angaben zum Antragsteller

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße und Hausnummer, PLZ und Ort)	
E-Mail-Adresse	Fax-Nr.
Kontoverbindung – IBAN DE _____	Name und Sitz des Geldinstitutes

2. Berufliche Angaben zum Antragsteller

Name Arbeitgeber	
Anschrift Arbeitgeber (Straße und Hausnummer, PLZ und Ort)	
Ansprechpartner bei dem Arbeitgeber Name, Vorname: _____ E-Mail-Adresse: _____ Telefon: _____	
Beschreibung der Tätigkeit des Antragstellers / Aufgabengebiet _____ _____ _____	Umfang der Tätigkeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit für _____ Stunden pro Woche

3. Angaben zur beantragten Leistung

Beantragt wird die Übernahme der Kosten für ein Seminar zum Thema "Gewaltfreie Kommunikation für Gehörlose" von Evelin Pusch, Mediatorin für Gehörlose und Hörende. Ziel des Seminars ist, dass die Teilnehmer ihre kommunikativen Fähigkeiten für den Einsatz im Arbeitsalltag verbessern. Weitere Details entnehmen Sie bitte dem beigefügten Seminarangebot.

Voraussichtliche Kosten:

EUR _____ Seminargebühr (es fällt keine MwSt. an)

EUR _____ Übernachtungskosten (nur ausfüllen, sofern erforderlich)

EUR _____ Reisekosten (nur ausfüllen, sofern erforderlich)

4. Anlagen zum Antrag

Dem Antrag sind folgende Dokumente **in Kopie** beigefügt:

1. Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes bzw. des Landesamtes für Soziales aus dem die anerkannte Behinderung hervorgeht
(nicht erforderlich, wenn dieser dem Integrationsamt bereits für andere Maßnahmen vorgelegt wurde)
2. Schwerbehindertenausweis
(nicht erforderlich, wenn dieser dem Integrationsamt bereits für andere Maßnahmen vorgelegt wurde)
3. Seminarangebot "Gewaltfreie Kommunikation für Gehörlose" von Evelin Pusch, Mediatorin für Gehörlose und Hörende
4. Schreiben des Integrationsamtes für die Anerkennung der Förderfähigkeit von Maßnahmen gemäß § 24 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung für dieses Seminar

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers