

## **LWL-Budget für Ausbildung – Anlage Ausbildungsbetrieb**

**zum Antrag der/des Budgetnehmenden auf Leistungen gem. § 61a SGB IX (Budget für Ausbildung) und auf Bewilligung einer Inklusionsprämie für die Einstellung der u. a. Person gem. § 4 der Richtlinie zum Budget für Arbeit**

| <b>Angaben zum Ausbildungsbetrieb</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                    | Wirtschaftszweig:                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Anschrift (Hauptgeschäftsstelle):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    | IBAN:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Betriebs-Nr. (Auskunft Agentur für Arbeit):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Arbeitsplätze gesamt:                                                              | davon mit schwerbehinderten/gleichgestellten Personen besetzt:<br>_____                                                                                                                                                                                                                         |
| Ansprechperson für Rückfragen:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    | Telefon:<br><br>E-Mail:                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Angaben zur/zum Beschäftigten mit Behinderung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Name, Vorname:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Geburtsdatum:                                                                      | Ausbildungsberuf:                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Vereinbarte wöchentl. Arbeitszeit:<br>_____<br><br>Wöchentl. Vollzeit-Arbeitszeit:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ausbildungsbeginn:<br>_____<br><br>Voraussichtliches Ende der Ausbildung:<br>_____ | Betriebliche Ausbildungsvergütung einschl. des Anteils des Arbeitgebers am Gesamtsozialversicherungsbeitrag und des Beitrages zur Unfallversicherung nach Maßgabe des 7. Sozialgesetzbuches:<br><br>1. Ausbildungsjahr: _____<br><br>2. Ausbildungsjahr: _____<br><br>3. Ausbildungsjahr: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hiermit beantrage ich die Bewilligung einer Inklusionsprämie für die Einstellung der o. a. Person gem. § 4 der Richtlinie zum Budget für Arbeit.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner o.a. Angaben. Ich bin mir darüber im Klaren, dass das LWL-Inklusionsamt Arbeit einen evtl. Bewilligungsbescheid ganz oder teilweise, auch mit Wirkung für die Vergangenheit zurücknehmen und zur Erstattung bereits erbrachter Leistungen auffordern kann, wenn der Bewilligungsbescheid durch arglistige Täuschung erwirkt wurde oder, wenn er auf Angaben beruht, die grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht wurden.</b></p> <p><b>Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – LWL-Inklusionsamt Arbeit – erforderlich sind und zum Teil erfasst, verarbeitet und gespeichert werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 14.01.2003 in der jeweils gültigen Fassung). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.</b></p> |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

 \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift, Firmenstempel