

**Anlage A:
Beitrag für die Anstellung von Personen mit Behinderung - PRIVATBETRIEB**

Betrieb:

Sitz:

Personen mit Behinderung, für welche ein Beitrag beantragt wird:

| Daten des Beschäftigten | Pflichtaufnahme | Invaliditätsgrad in Prozenten | Arbeitsperiode | Anstellungsart | Kollektivvertrag, Einstufung und Berufsbild mit den entsprechenden Aufgaben | Kostenvoranschlag für das laufende Jahr* |
|--|-------------------------------|-------------------------------|---|--|---|--|
| Nachname | <input type="checkbox"/> ja | % | Datum Beginn Arbeitsperiode [][] . [][] . [][][][] | <input type="checkbox"/> unbefristet | Kollektivvertrag | Gesamtbetrag für die Arbeitsperiode im Antragsjahr bzw. ab dem Zeitpunkt an dem die Person im Besitz der Invaliditätsbescheinigung ist (Datum der Bescheinigung) |
| Name | <input type="checkbox"/> nein | | Datum Ende Arbeitsperiode [][] . [][] . [][][][] | <input type="checkbox"/> befristet bis [][] . [][] . [][][][] | Einstufung | |
| Wohnsitz | | | | | Berufsbild mit den entsprechenden Aufgaben | Ausfüllen nur bei Anfragen welche auch das vorhergehende Jahr betreffen - Gesamtbetrag für die Arbeitsperiode im vorhergehendem Jahr bzw. ab dem Zeitpunkt an dem die Person im Besitz der Invaliditätsbescheinigung ist (Datum der Bescheinigung)** |
| Geburtsdatum [][] . [][] . [][][][] | | | | | | |
| Nachname | <input type="checkbox"/> ja | % | Datum Beginn Arbeitsperiode [][] . [][] . [][][][] | <input type="checkbox"/> unbefristet | Kollektivvertrag | Gesamtbetrag für die Arbeitsperiode im Antragsjahr bzw. ab dem Zeitpunkt an dem die Person im Besitz der Invaliditätsbescheinigung ist (Datum der Bescheinigung) |
| Name | <input type="checkbox"/> nein | | Datum Ende Arbeitsperiode [][] . [][] . [][][][] | <input type="checkbox"/> befristet bis [][] . [][] . [][][][] | Einstufung | |
| Wohnsitz | | | | | Berufsbild mit den entsprechenden Aufgaben | Ausfüllen nur bei Anfragen welche auch das vorhergehende Jahr betreffen - Gesamtbetrag für die Arbeitsperiode im vorhergehendem Jahr bzw. ab dem Zeitpunkt an dem die Person im Besitz der Invaliditätsbescheinigung ist (Datum der Bescheinigung)** |
| Geburtsdatum [][] . [][] . [][][][] | | | | | | |

Ort und Datum

[][] . [][] . [][][][]

Unterschrift

(digitale Unterschrift des/der Antragstellers/in)

* Im Falle, dass die angestellte Person/en im Laufe des Antragsjahres das Arbeitsverhältnis wegen Alters- bzw. Dienstaltersrente oder anderen Gründen beendet/en, ist der Betrag (Kostenvoranschlag - voraussichtlich zu zahlende Bruttolohn) bis zum letzten Arbeitstag zu berechnen.

** Der Beitrag wird für Neuanstellungen im Antragsjahr oder im vorhergehenden Jahr gewährt oder wenn in diesem Zeitraum der Prozentsatz der Invalidität dermaßen erhöht wurde, dass sich die Beitragsdauer verlängert. Er wird ebenfalls gewährt, wenn der betroffenen Person im Antragsjahr oder im vorhergehenden Jahr erstmals im Laufe des Arbeitsverhältnisses eine Invalidität zuerkannt wurde.

**Anlage A:
Beitrag für die Anstellung von Personen mit Behinderung - PRIVATBETRIEB**

Betrieb:

Sitz:

Personen mit Behinderung, für welche ein Beitrag beantragt wird:

| Daten des Beschäftigten | Pflichtaufnahme | Invaliditätsgrad in Prozenten | Arbeitsperiode | Anstellungsart | Kollektivvertrag, Einstufung und Berufsbild mit den entsprechenden Aufgaben | Kostenvoranschlag für das laufende Jahr* |
|--|-------------------------------|-------------------------------|---|--|---|--|
| Nachname | <input type="checkbox"/> ja | % | Datum Beginn Arbeitsperiode [][] . [][] . [][][][] | <input type="checkbox"/> unbefristet | Kollektivvertrag | Gesamtbetrag für die Arbeitsperiode im Antragsjahr bzw. ab dem Zeitpunkt an dem die Person im Besitz der Invaliditätsbescheinigung ist (Datum der Bescheinigung) |
| Name | <input type="checkbox"/> nein | | Datum Ende Arbeitsperiode [][] . [][] . [][][][] | <input type="checkbox"/> befristet bis [][] . [][] . [][][][] | Einstufung | Ausfüllen nur bei Anfragen welche auch das vorhergehende Jahr betreffen - Gesamtbetrag für die Arbeitsperiode im vorhergehendem Jahr bzw. ab dem Zeitpunkt an dem die Person im Besitz der Invaliditätsbescheinigung ist (Datum der Bescheinigung)** |
| Wohnsitz | | | | | Berufsbild mit den entsprechenden Aufgaben | |
| Geburtsdatum [][] . [][] . [][][][] | | | | | | |
| Nachname | <input type="checkbox"/> ja | % | Datum Beginn Arbeitsperiode [][] . [][] . [][][][] | <input type="checkbox"/> unbefristet | Kollektivvertrag | Gesamtbetrag für die Arbeitsperiode im Antragsjahr bzw. ab dem Zeitpunkt an dem die Person im Besitz der Invaliditätsbescheinigung ist (Datum der Bescheinigung) |
| Name | <input type="checkbox"/> nein | | Datum Ende Arbeitsperiode [][] . [][] . [][][][] | <input type="checkbox"/> befristet bis [][] . [][] . [][][][] | Einstufung | Ausfüllen nur bei Anfragen welche auch das vorhergehende Jahr betreffen - Gesamtbetrag für die Arbeitsperiode im vorhergehendem Jahr bzw. ab dem Zeitpunkt an dem die Person im Besitz der Invaliditätsbescheinigung ist (Datum der Bescheinigung)** |
| Wohnsitz | | | | | Berufsbild mit den entsprechenden Aufgaben | |
| Geburtsdatum [][] . [][] . [][][][] | | | | | | |

Ort und Datum

[][] . [][] . [][][][]

Unterschrift

(digitale Unterschrift des/der Antragstellers/in)

* Im Falle, dass die angestellte Person/en im Laufe des Antragsjahres das Arbeitsverhältnis wegen Alters- bzw. Dienstaltersrente oder anderen Gründen beendet/en, ist der Betrag (Kostenvoranschlag - voraussichtlich zu zahlende Bruttolohn) bis zum letzten Arbeitstag zu berechnen.
** Der Beitrag wird für Neuanstellungen im Antragsjahr oder im vorhergehenden Jahr gewährt oder wenn in diesem Zeitraum der Prozentsatz der Invalidität dermaßen erhöht wurde, dass sich die Beitragsdauer verlängert. Er wird ebenfalls gewährt, wenn der betroffenen Person im Antragsjahr oder im vorhergehenden Jahr erstmals im Laufe des Arbeitsverhältnisses eine Invalidität zuerkannt wurde.