

An:

Gehörlosenzentrum Zwickau e.V., Integrationsfachdienst für Hörbehinderte

Ebersbrunner Str. 25, 08064 Zwickau

Fax-Nr.: 0375 / 435799-220**E-Mail: info.zwickau@ifd.3in.de****(Hinweis: Es können nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden!)****Antrag für einen Gebärdensprachdolmetschereinsatz
nach dem Vereinfachten Verwaltungsverfahren (VVV)**

Angaben zum hörbehinderten Menschen		
Name, Vorname	Grad der Behinderung	
Wohnanschrift	Fax, E-Mail	
Angaben zum Dolmetschereinsatz (keine Abkürzungen verwenden!)		
Anliegen, Zweck	Termin, Uhrzeit	Vorauss. Dauer
Wünschen Sie einen bestimmten Dolmetscher? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name: _____ Mit Dolmetscher schon vereinbart? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden Sie bisher durch einen Integrationsfachdienst (IFD) betreut? <input type="checkbox"/> ja, Name IFD: _____ Tel: _____ <input type="checkbox"/> nein	
Angaben zum Arbeitgeber		
Name, Anschrift	Ansprechpartner	Telefon Fax E-Mail
Angaben zum Einsatzort (falls abweichend)		
Name, Anschrift	Ansprechpartner	Telefon Fax E-Mail
Angaben zum Arbeitsverhältnis		
<input type="checkbox"/> unbefristet seit: _____ <input type="checkbox"/> befristet von-bis: _____	<input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. ABM, Trainingsmaßnahme, Probebeschäftigung): _____ wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden	
Angaben zum Arbeitsverhältnis		
Lohnkostenzuschuss (LKZ) wird gezahlt von: <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Jobcenter <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung (DRV) <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft <input type="checkbox"/> KSV / Integrationsamt Zeitraum: _____	Begründung der Gewährung trotz LKZ: <input type="checkbox"/> Pflichtquote für Beschäftigung von sbM* wird erfüllt <input type="checkbox"/> keine Beschäftigungspflicht von sbM* <input type="checkbox"/> Arbeitgeber beschäftigt zwei oder mehr gehörlose Mitarbeiter*innen <input type="checkbox"/> Lohnkostenzuschuss (LKZ) wird nicht gezahlt	

Antragsteller: _____
Datum_____
Unterschrift**Entscheidung des Integrationsfachdienstes Zwickau**§ 27 SchwbAV - Förderung der Maßnahme entsprechend des VVV: ja nein (Begründung s. Anlage)§ 25 SchwbAV - Förderung der Maßnahme entsprechend des VVV: ja nein (Begründung s. Anlage)§ 24 SchwbAV - Förderung der Maßnahme entsprechend des VVV: ja nein (Begründung s. Anlage)Zusatzblatt zum Antrag: ja nein

Datum

Unterschrift des Integrationsfachdienstes_____
Datum Weitergabe LDZ**Vermerk der Landesdolmetscherzentrale:** EB DB Kategorie: _____ (nur bei Doppelbesetzung)

*sbM = schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen