

An: **Gehörlosenzentrum Zwickau e.V., Integrationsfachdienst für hörbehinderte Menschen**
 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		
Arbeitsverhältnis seit / ab: _____ <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet von / bis: _____	<input type="checkbox"/> sonstiges (z.B. ABM, Trainingsmaßnahme, Probebeschäftigung): _____ wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden	
Angaben Lohnkostenzuschuss		
Lohnkostenzuschuss (LKZ) wird <u>nicht gezahlt</u> : <input type="checkbox"/> Lohnkostenzuschuss (LKZ) wird <u>gezahlt</u> : <input type="checkbox"/> von _____ bis: _____ Hinweis: Weitere Punkte (rechtes Feld) nur ausfüllen, wenn Lohnkostenzuschuss gezahlt wird!	LKZ wird gezahlt von: <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Jobcenter <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft <input type="checkbox"/> KSV / Integrationsamt <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung (DRV) Zutreffendes bitte ankreuzen: <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 taube Mitarbeiter*innen	
Angaben zu Arbeitsassistenz		
Arbeitsassistenz liegt vor (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> ja (Bitte den Bescheid einmalig mitsenden!) <input type="checkbox"/> nein		

Antragsteller: _____

 Datum

 Unterschrift

Entscheidung des Integrationsfachdienstes Zwickau		
§ 27 SchwbAV - Förderung der Maßnahme entsprechend des VVV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Begründung s. Anlage) § 25 SchwbAV - Förderung der Maßnahme entsprechend des VVV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Begründung s. Anlage) § 24 SchwbAV - Förderung der Maßnahme entsprechend des VVV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Begründung s. Anlage) <input type="checkbox"/> Besondere Umstände des Einzelfalls (z.B.: Arbeitgeber ist mit der Beschäftigung des sbM besonders belastet, wirtschaftliche Kriterien, sbM wird erst kurze Zeit beschäftigt (unter 6 Monate) hoher Einarbeitungsaufwand) <input type="checkbox"/> Nähere Begründung Anliegen/Zweck _____ _____		
Datum	Unterschrift des Integrationsfachdienstes	Datum Weitergabe LDZ
Vermerk der Landesdolmetscherzentrale:		
<input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> DB Kategorie: _____ (nur bei Doppelbesetzung)		

*sbM = schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen