

**Antrag auf investive Förderung eines Inklusionsbetriebes nach § 215 SGB IX**

**- Förderung der Erweiterung -**

**I Antragsteller:**

Name des Integrationsunternehmens

Anschrift

Ansprechpartner

Kontaktdaten (Telefon/E-Mail)

**II Maßnahme:**

(Beschreibung der Erweiterungsmaßnahme, Auswirkung auf die Anzahl der Arbeitsplätze (vgl. III), wesentliche Inhalte der Wirtschaftlichkeitsberechnung und externer Gutachten, Personalkonzept, Geeignetheit für die Zielgruppe nach § 215 Abs. 2 SGB IX)

**III Art der Fördermittel**

**Förderung nach den allgemeinen Fördergrundsätzen des KVJS vom 01.01.2018**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Aktueller Mitarbeiterstand** |
| Zahl aller Mitarbeiter ≥18 Stunden Wochenarbeitszeit,  - davon ≥ 75% der tarifl. oder vertragl. Wochenarbeitszeit |  |
| Zahl aller anerkannt schwerbehinderten oder gleichgestellten Mitarbeiter ≥18 Stunden Wochenarbeitszeit [[1]](#footnote-1)  - davon ≥ 75% der tarifl. oder vertragl. Wochenarbeitszeit |  |
| Zahl der psychisch behinderten oder von Behinderung bedrohten Mitarbeiter ≥18 Stunden Wochenarbeitszeit |  |

Hinweis: die für die Förderhöhe maßgebliche aktuelle Quote besonders betroffener

schwerbehinderter Mitarbeiter ermittelt das KVJS-Integrationsamt aus seiner Datenbank

anhand der Leistungen für den Besonderen Aufwand nach § 217 SGB IX)

oder

**Förderung nach dem Sonderprogramm Inklusionsinitiative II-AlleImBetrieb[[2]](#footnote-2)**

(Schaffung neuer, zusätzlicher Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen seit dem 21.04.2016)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Zahl aller Mitarbeiter ≥18 Stunden Wochenarbeitszeit | Zahl aller anerkannt schwerbehinderten oder gleichgestellten Mitarbeiter ≥18 Stunden Wochenarbeitszeit 1 |
| Stand 21.04.2016 |  |  |
| Stand zum Zeitpunkt der letzten  investiven KVJS-Förderung |  |  |
| Stand nach Durchführung der Erweiterung |  |  |

**IV Kosten**

(Aufstellung der Investitionen mit Nettokosten)

**V Förderhöhe**

(In welchem Umfang werden Fördermittel des KVJS-Integrationsamts beantragt –

Zuschuss- und/oder Darlehenshöhe)

**VI Sicherheiten**

(Darstellung möglicher Sicherheiten zur Absicherung von eventuellen Rückzahlungsansprüchen bzw. zur Besicherung von Darlehen des KVJS-Integrationsamts)

**Folgende Unterlagen sind beigefügt:**

Jahresabschluss des Inklusionsbetriebes vom Vorjahr und aktuelle

betriebswirtschaftliche Auswertung (bei Inklusionsabteilungen:   
 Jahresabschluss des Gesamtunternehmens, aktuelle betriebs-

wirtschaftliche Auswertung der Inklusionsabteilung/

Kostenstellenrechnung)

externe (Gründungs-)Gutachten und Analysen

Kostenvoranschläge

Finanzierungsplan (detaillierter Finanzierungsplan für mindestens drei Folgejahre unter Berücksichtigung von Fremdmitteln)

weitere:

**Erklärung zur Einhaltung von Vergaberichtlinien:**

Bezüglich der durchzuführenden Maßnahmen und Anschaffungen wurden sämtliche

relevanten Vergaberichtlinien, insbesondere VOB und VOL eingehalten.

Ort, Datum Unterschrift der/des Bevollmächtigten

1. Arbeitsplätze schwerbehinderter Menschen mit weniger als 18 Stunden Wochenarbeitszeit können zusätzlich angeben werden, wenn eine Ausnahmeregelung nach § 158 Abs. 2 Satz 3 SGB IX (Zulassung durch die Bundesagentur für Arbeit) [↑](#footnote-ref-1)
2. Falls noch Fördermittel zur Verfügung stehen. [↑](#footnote-ref-2)