

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? ☐ nein ☒ ja, Name: <u>Spektrum:Mensch gGmbH</u> Mit Dolmetscher schon vereinbart? ☐ ja ☐ nein	Wurden Sie bisher durch einen Integrationsfachdienst (IFD) betreut? ☐ ja, Name IFD: _____ Tel: _____ ☐ 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: _____ ☐ unbefristet ☐ befristet von / bis: _____	☐ sonstiges (z.B. ABM, Trainingsmaßnahme, Probebeschäftigung): _____ wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden	
Angaben Lohnkostenzuschuss		
Lohnkostenzuschuss (LKZ) wird <u>nicht</u> gezahlt: ☐ Lohnkostenzuschuss (LKZ) wird <u>gezahlt</u> : ☐ von _____ bis: _____ Hinweis: Weitere Punkte (rechtes Feld) nur ausfüllen, wenn Lohnkostenzuschuss gezahlt wird!	LKZ wird gezahlt von: ☐ Agentur für Arbeit ☐ Jobcenter ☐ Berufsgenossenschaft ☐ KSV / Integrationsamt ☐ Deutsche Rentenversicherung (DRV) Zutreffendes bitte ankreuzen: ☐ Pflichtquote für Beschäftigung von sbM* wird erfüllt ☐ keine Beschäftigungspflicht von sbM* ☐ Arbeitgeber beschäftigt zwei oder mehr taube Mitarbeiter*innen	
Angaben zu Arbeitsassistenz		
Arbeitsassistenz liegt vor (bitte ankreuzen): ☐ ja (Bitte den Bescheid einmalig mitsenden!) ☐ nein		

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)
☐ 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)
☐ Nähere Begründung Anliegen/Zweck

Datum _____ Unterschrift des Integrationsfachdienstes _____ Datum Weitergabe LDZ _____

Vermerk der Landesdolmetscherzentrale:

☐ EB ☐ DB Kategorie: _____ (nur bei Doppelbesetzung)

*sbM = schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen