# Gesuch für Integrationsarbeitsplätze im ersten Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung

(gemäss Art. 15 und 16 des Behindertenfinanzierungsgesetzes; BeFiG)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Angaben zum Arbeitgebenden | | | | |  | |
| Name |  | | | | |
| Strasse, Nr. |  | | Telefon |  | |
| PLZ, Ort |  | | Fax |  | |
| Abteilung / Standort |  | | E-Mail |  | |
| Art des Betriebs |  | |  |  | |
| Gesellschaftsform | Einfache Gesellschaft | Kollektivgesellschaft | | | AG |
|  | Kommanditgesellschaft | Genossenschaft | | | GmbH |
|  | Öffentlich-rechtlich | Stiftung | | | Verein |
| Firmensitz |  |  | | |  |
| Anzahl Mitarbeitende Personen |  |  | | |  |
| Verantwortliche Person |  |  | | |  |
| Wie haben Sie von dieser Abgeltungsmöglichkeit erfahren? | |  | | |  |

## Angaben zur Person (Mitarbeitende/r mit Behinderung)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | |  | | | Vorname |  | |
| Geburtsdatum | |  | | | Geschlecht |  | |
| Adresse | |  | | |  |  | |
| Sozialversicherungs-Nr. | |  | | |  |  | |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz, | |  | | |  |  | |
| (Strasse, Nr., PLZ, Ort, Kanton) | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Art der Behinderung | psychisch | | | physisch | | | Sinnesbehinderung |
|  | geistig | | | Lernbehinderung | | | mehrfach |
|  |  | | |  | | |  |
| Invalidenrente | ja | | | nein | | |  |
| Wenn ja, Invaliditätsgrad | % | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
| Einsatz im Betrieb seit |  | | |  | | |  |
| Beschäftigungsumfang | % in       Tagen pro Woche | | |  | | |  |
| Art der Arbeit |  | | |  | | |  |

## Zum Arbeitsverhältnis

|  |
| --- |
| Beschreiben Sie die Arbeit, welche die beschäftigte Person in Ihrem Betrieb leistet: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Nur für Verlängerungsgesuche** |
| Wie hat sich die Arbeit und die Arbeitsleistung der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters seit dem letzten Gesuch verändert und wie hat sich der Begleit- und Unterstützungsaufwand verändert? |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Bitte eine Kopie des Arbeitsvertrags beilegen. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort und Datum |  | Unterschrift |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | |  |
|  |  |  |

## Bemerkung

|  |
| --- |
| Bitte reichen Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Gesuch an folgende Adresse ein:  Profil – Arbeit & Handicap  Poststrasse 23  Postfach  9001 St. Gallen |