# 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 23Postfach9001 St. Gallen |