

Um Gewährung eines Beitrages für die Anstellung von Menschen mit Behinderung - Privatbetrieb

Stempelmarke
16,00 Euro

Tel. 0471 41 86 09, Fax 0471 41 86 19

Antrag Seite 1/3

Gegenstand des Antrages:

Ansuchen um die Gewährung eines Beitrages für die Aufnahme von Personen mit Behinderung.

Erklärungen und weitere Angaben:

Der/Die Antragsteller/in bestätigt unter seiner bzw. ihrer persönlichen Verantwortung und in Kenntnis der strafrechtlichen Folgen gemäß Art. 483, 495 und 496 des Strafgesetzbuches im Falle unwahrer oder unvollständiger Angaben, dass:

- der Betrieb für die im Gesuch angeführten Invaliden um keine Beiträge bei anderen öffentlichen Institutionen angesucht hat (ausgeschlossen jene Fälle einer Aufnahme von Langzeitarbeitslosen und Arbeitnehmer aus der Mobilitätsliste);
- die beiliegenden Ablichtungen (Invaliditätserklärungen) den Originalen entsprechen.

Zu diesem Zweck werden folgende Unterlagen beigelegt:

- 1) Aufstellung über: Name, Vorname, Anschrift, Anstellungsdatum und das eventuelle Entlassungsdatum der Person, für welche um einen Beitrag angesucht wird; Kostenvoranschlag der Sozialabgaben für den Angestellten (**voraussichtliche Vor- und Fürsorgebeiträge – NISF und INAIL - für das laufende Jahr**) Berufsbild mit entsprechender Aufgabenbeschreibung und andere eventuell nützliche Angaben, Invaliditätsgrad in Prozenten;
- 2) Sofern die Person, für welche um einen Beitrag angesucht wird, nicht im Sinne des Gesetzes zur Pflichtaufnahme eingestellt wurde: Ablichtung der z. Z. aufliegenden Invaliditätsbescheinigung oder einer fachärztlichen Bescheinigung über die Behinderung eines öffentlichen Dienstes (Sanitätseinheit), worin der Schweregrad bzw. die restliche Arbeitsfähigkeit angegeben ist, welche jährlich neu einzuholen ist;

Zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Der/Die Antragsteller/in erklärt, dass der Betrieb **nicht der Pflichtaufnahme** von Menschen mit Behinderung im Sinne des Gesetzes vom 12. März 1999, Nr. 68, **unterliegt**.
- ☐ Der/Die Antragsteller/in erklärt, dass der Betrieb **der Pflichtaufnahme** von Menschen mit Behinderung im Sinne des Gesetzes vom 12. März 1999, Nr. 68, **unterliegt**.

Im Sinne des Art. 38 des D.P.R. vom 28. Dezember 2000, Nr. 445, wurde die vorliegende Erklärung:

- in meiner Anwesenheit
(Name des/der Beamten/Beamtin der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol) unterzeichnet

- per Post, per Fax oder durch eine verantwortliche Person mit der Kopie des folgenden gültigen Ausweises vorgelegt oder versandt:

- ☐ Identitätskarte ☐ Reisepass ☐ Führerschein
- ☐ andere

(das Dokument muss mit Foto und Stempel oder gleichwertigem Kennzeichen versehen und von einer öffentlichen Behörde ausgestellt worden sein)

Mitteilung gemäß Datenschutzgesetz (Legislativdekret vom 30. Juni 2003, Nr. 196)

Die von Ihnen übermittelten Daten werden innerhalb der Landesverwaltung, auch in digitaler Form, für die Erfordernisse des Landesgesetzes vom 30.06.1983 Nr. 20 und des Gesetzes vom 12.03.1999, Nr. 68, verarbeitet und können auch an andere öffentliche Körperschaften für die Ausübung ihrer institutionellen Tätigkeiten weitergegeben werden. Rechtsinhaber der Daten ist die Autonome Provinz Bozen - Südtirol. Verantwortlich für die Verarbeitung ist der Direktor der Abteilung Arbeit. Die Daten müssen bereitgestellt werden, um die angeforderten Verwaltungsaufgaben abwickeln zu können. Bei Verweigerung der erforderlichen Daten können Ihre Anforderungen oder Anträge nicht bearbeitet werden. Es stehen Ihnen die Rechte nach Artikel 7 des Datenschutzkodex zu, d.h. Sie können zu Ihren Daten Zugang erhalten, um deren Korrektur oder Ergänzung, und - sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen - deren Löschung oder Sperrung zu verlangen.

Ort und Datum

Unterschrift

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(leserliche Unterschrift des/der Antragstellers/in)

Für Informationen wenden Sie sich an:

Frau Carmen Stauder (Tel. 0471/ 41 86 09 - carmen.stauder@provinz.bz.it) oder Ihr Arbeitsvermittlungszentrum

Betrieb:

Sitz:

zuständiger Sachbearbeiter: Telefon

Menschen mit Behinderung, für welche ein Beitrag beantragt wird

Name/Adresse und Geburtsdatum	Pflichtaufnahme	Invaliditätsgrad in Prozenten	Aufnahme- und evtl. Entlassungsdatum	Anstellungsart	Kollektivvertrag, Einstufung und Berufsbild mit den entsprechenden Aufgaben	Kostenvoranschlag für das laufende Jahr
Nachname Name Adresse Geburtsdatum	☐ ja ☐ Nein	 %	Aufnahme Entlassung	☐ Unbefristet ☐ befristet bis	Kollektivvertrag Einstufung Berufsbild mit den entsprechenden Aufgaben	Sozialabgaben NISF % € (zu Lasten des Arbeitgebers) Abgaben INAIL € Gesamt €
Nachname Name Adresse Geburtsdatum	☐ ja ☐ Nein	 %	Aufnahme Entlassung	☐ Unbefristet ☐ befristet bis	Kollektivvertrag Einstufung Berufsbild mit den entsprechenden Aufgaben	Sozialabgaben NISF % € (zu Lasten des Arbeitgebers) Abgaben INAIL € Gesamt €

Datum

.....

Unterschrift

.....