An das

Hessische Ministerium für Arbeit, Integration, Jugend und Soziales

Stabsstelle Fachkräfte für Hessen

Sonnenberger Straße 2/2a

65193 Wiesbaden

[fachkraeftesicherung@hsm.hessen.de](mailto:fachkraeftesicherung@hsm.hessen.de)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANTRAG auf Gewährung einer Zuwendung**  ⇨ **„Integrationsbonus“** | | | | |
|  | | | | |
| Name des Antragstellers  *(Betrieb/ Einrichtung)* | |  | | |
|  | | | | |
| Träger des Betriebs/  der Einrichtung  *(inkl. Rechtsform)* | |  | | |
|  | | | | |
| Vollständige Anschrift mit E-Mail-Adresse und Telefonnummer | |  | | |
|  | | | | |
| Ansprechpartner/-in mit Kontaktdaten (Telefon, E-Mail) und Funktion | |  | | |
|  | | | | |
| Bankverbindung | | Kontoinhaber/-in: |  | |
| Name der Bank: |  | |
| IBAN: |  | |
| BIC: |  | |
|  | | | | |
| In welcher Branche ist Ihr Betrieb/ Ihre Einrichtung tätig?  *(Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung ist möglich)* | | Kinder- und Jugendhilfe | |  |
| Eingliederungshilfe | |  |
| Pflegerische Versorgung | |  |
|  | | | | |
| Wie viele internationale Fachkräfte hat Ihr Betrieb/ Ihre Einrichtung zum Zwecke des Erwerbs der deutschen Berufserlaubnis bzw. Zulassung beschäftigt?  *(Bitte ausfüllen)* | | Wir haben Erfahrung mit       *(Anzahl)* Beschäftigten im Rahmen der beruflichen Anerkennungsverfahren in       *(Anzahl)* Jahren. | | |
| Wie viele Beschäftigte hat Ihr Betrieb/ Ihre Einrichtung? | | (das entspricht einem Vollzeitäquivalent von      ) | | |
|  | | | | |
| Ist Ihr Betrieb vorsteuerabzugsberechtigt? | | Ja. | |  |
| Nein. | |  |
|  | | | | |
| In welcher Höhe wird der Personalkostenzuschuss beantragt? | Euro | | | |
|  | | | | |
| Welche Maßnahmen planen Sie im Rahmen der Förderung weiterzuentwickeln  oder zusätzlich zu entwickeln und umzusetzen?  *(Bitte ankreuzen, Mehrfachnennung ist möglich)* | * Entwicklung und Umsetzung von Konzepten des Onboardings und der systematischen Einarbeitung mit Blick auf die besonderen Bedürfnisse internationaler Fachkräfte im beruflichen Anerkennungsverfahren | | |  |
|  |
| * Sicherstellung von festen Ansprechpersonen für die persönliche, fachliche und berufspädagogische Begleitung während der betrieblichen Phase der staatlichen Anerkennung des ausländischen Berufsabschlusses | | |  |
| * Entwicklung und Umsetzung zusätzlicher betrieblicher berufsfachsprachlicher, idealerweise arbeitsintegrierter Sprachförderangebote | | |  |
| * Vernetzung mit bestehenden regionalen und überregionalen Angeboten zur Unterstützung der sozialen Integration | | |  |
| * Interkulturelle Trainings für die aufnehmende Belegschaft | | |  |
| * Entwicklung eines umfassenden betrieblichen Integrationsmanagements | | |  |
| * Sonstiges, bitte benennen: | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bestätigungen  *(Bitte ankreuzen)* | Hiermit bestätige ich, | |
| * dass ich die beihilferechtliche Seite bzgl. der „De-Minimis“-Regelung geprüft habe, |  |
| * die beantragte(n) Maßnahme(n) noch nicht begonnen hat/haben, |  |
| * entwickelten Konzepte, Maßnahmen und Erfahrungsberichte dem Land Hessen zur Verbreitung unentgeltlich zur Verfügung stellen werde, |  |
| * die Bereitschaft besteht, im Rahmen von Informationsveranstaltungen die Vorgehensweise und die Ergebnisse zu präsentieren, und |  |
| * an den geplanten begleitenden Workshops teilzunehmen. |  |
|  | | |
| Anlagen: | * Erklärung über „De-Minimis“-Beihilfen | |
|  | | |
| Ort, Datum, Stempel & Unterschrift |  | |