Ansuchen Auszahlung Prozedere **A** und **B**

Nach Gewährung des Beitrages wird dieser auf Basis der Abrechnung ausbezahlt, welche innerhalb 30. April jeden Jahres wie folgt eingereicht werden muss:

1. Formular für die Auszahlung des gewährten Beitrages
2. Ersatzerklärung über den anrechenbaren Vorsteuereinbehalt

   zu finden auf der Internetseite des Dienstes
3. Vordruck CU für angestellte Arbeitnehmer:innen oder
   Vordruck F24 für mitarbeitende Familienmitglieder

Die Ansuchen werden unterzeichnet und ausschließlich per PEC an die Adresse as.sl@pec.prov.bz.it gesendet

Formular für die Auszahlung des Beitrag

zu finden auf der Internetseite des Dienstes

Das Formular für die Auszahlung des gewährten Beitrags besteht aus zwei Abschnitten:

1. der erste Abschnitt enthält Informationen zum/zur Arbeitgeber:in und allgemeine Angaben

   sowie die Entrichtung der Stempelsteuer zu 16€

2. der zweite Abschnitt enthält Informationen zu den angestellten Arbeitnehmer:innen (2A) oder den mitarbeitenden Familienmitgliedern (2B)

   auszufüllen je nach zutreffendem Fall

Formular für die Auszahlung des Beitrags

1. Abschnitt mit Informationen zum/zur Arbeitgeber:in und allgemeine Angaben

Erklärung

zur Auszahlung des im Jahr
gewährten Beitrages für die Aufnahme von Menschen mit Behinderung

Landesgesetz vom 14. Juli 2015, Nr. 7 in geltender Fassung

Das Jahr angeben, in dem der Beitrag genehmigt wurde

Die Erklärung MUSS über PEC eingereicht werden. Erklärungen, welche per Post eingereicht oder persönlich abgegeben werden, können nicht berücksichtigt werden.

An die
Autonome Provinz Bozen - Südtirol
Abteilung 19 Arbeit
Arbeitsservice
Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1
39100 Bozen (BZ)

Tel. 0471 418 609
E-mail: as@provinz.bz.it
PEC: as.sl@pec.prov.bz.it

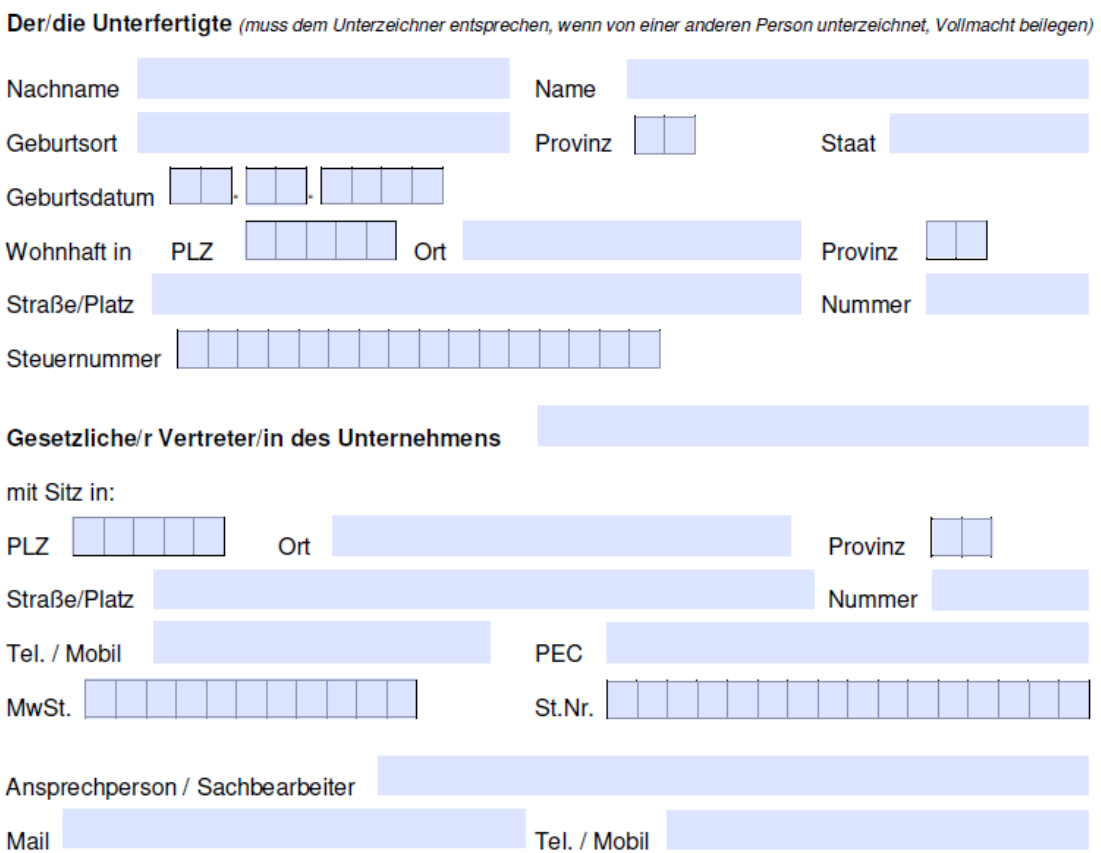
Für die Abrechnung muss keine Stempelmarke angekauft werden

Das Datum der Abrechnung angeben (spätestens der 30. April)

Datum: ___. ___. _____
(Ausschlussfrist 30. April eines jeden Jahres)

Formular für die Auszahlung des Beitrags

1. Abschnitt mit Informationen zum/zur Arbeitgeber:in und allgemeine Angaben



Der/die Unterfertigte *(muss dem Unterzeichner entsprechen, wenn von einer anderen Person unterzeichnet, Vollmacht beilegen)*

Nachname Name

Geburtsort Provinz Staat

Geburtsdatum

Wohnhaft in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

Steuernummer

Gesetzliche/r Vertreter/in des Unternehmens

mit Sitz in:

PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

Tel. / Mobil PEC

MwSt. St.Nr.

Ansprechperson / Sachbearbeiter

Mail Tel. / Mobil

Anagrafische Daten des gesetzlichen Vertreters angeben

Daten des Rechtssitzes des Betriebs angeben

Daten der Ansprechsperson im Betrieb angeben, welche für eventuelle Rückfragen durch das Amt kontaktiert werden kann

Formular für die Auszahlung des Beitrags

1. Abschnitt mit Informationen zum/zur Arbeitgeber:in und allgemeine Angaben

Bank

Kontonummer ABI CAB

IBAN

Lautend auf

zur Auszahlung des gewährten Beitrages für die Aufnahme von Menschen mit Behinderung,

erklärt

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

– der Betrieb war zum Zeitpunkt der Antragstellung um Beitragsgewährung laut Bestimmungen des Gesetzes vom 12. März 1999, Nr. 68, verpflichtet, Menschen mit Behinderung zu beschäftigen:

☒ ja, der Betrieb war laut Gesetz 68/1999 **verpflichtet** *(Daten zum 31.12 angeben)*

gedeckte Pflichtquoten: offene Pflichtquoten:

☐ nein, der Betrieb war laut Gesetz 68/1999 **nicht verpflichtet**

Daten des Bankkontos angeben, auf welchem der Beitrag gutgeschrieben werden soll

Angeben ob der Betrieb den Pflichten laut Gesetz Nr. 68/1999 unterliegt

Im Falle einer Pflicht laut Gesetz Nr. 68/1999 muss die Anzahl der erfüllten und nicht erfüllten Pflichtquoten des gesamten Betriebes angegeben werden

Formular für die Auszahlung des Beitrags

1. Abschnitt mit Informationen zum/zur Arbeitgeber:in und allgemeine Angaben

- der Betrieb bestätigt, dass für die angestellte/n Person/en oder das/die mitarbeitende/n Familienmitglied/er alle Sozialabgaben bei der gesamtstaatlichen Anstalt für soziale Vorsorge (NISF-INPS) eingezahlt wurden;
- für die angestellte/n Person/en oder das/die mitarbeitende/n Familienmitglied/er erhält der Betrieb keine andere Förderung, die denselben Förderungsgrund betrifft (Anstellung von Menschen mit Behinderung);
- der Betrieb befolgt die Vorgaben des Gesetzes vom 4. August 2017, Nr. 124, welches neue Veröffentlichungspflichten für bestimmte Kategorien von Begünstigten eingeführt hat, die von der öffentlichen Hand Beiträge erhalten haben, welche im Laufe eines Jahres die Summe von mindestens 10.000 Euro erreichen oder übersteigen.

Die angestellte/n Person/en oder das mitarbeitende Familienmitglied, für welche/s der Beitrag beantragt wurde:

- hat/haben den Wohnsitz in Südtirol;
- ging/gingen im geförderten Zeitraum keiner anderen Tätigkeit nach. Als andere Tätigkeit gelten auch der Besuch einer Behindertenwerkstätte und die Beschäftigung mit individueller Vereinbarung zur Arbeitseingliederung oder zur Arbeitsbeschäftigung;
- hat das persönliche Arbeitsverhältnis bzw. die Mitarbeit, wie folgt beendet:

Name und Nachname

Datum Beendigung des Arbeitsverhältnisses / Mitarbeit im Familienbetrieb __.__.____

Grund der Beendigung

Im Falle einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder der Mitarbeit muss das Datum und der Grund für die Beendigung angegeben werden

Formular für die Auszahlung des Beitrags

2. Abschnitt mit Informationen zu den Arbeitnehmer:innen mit abhängigem Arbeitsverhältnis

Private Betriebe

Für die angestellte/n Person/en wurde folgender Bruttolohn - **Vorsorgebemessungsgrundlage - (siehe Formblatt CU)** bezahlt:

Name und Nachname Arbeitnehmer	Beginn- und Beendigungsdatum Beginn bzw. Ende*		Bruttolohn laut Vorsorgebemessungs-grundlage**

Feld 4 im Abschnitt «Vor- und Fürsorgedaten» der Einheitlichen Bescheinigung (CU)

Im Falle einer Pensionierung den letzten Arbeitstag angeben;
Im Falle einer Aberkennung der Invalidität das Datum der Aberkennung, welches vom Zeugnis hervorgeht, angeben

2. Abschnitt mit Informationen zu den mitarbeitenden Familienmitgliedern im Familienbetrieb

Mitarbeitende Familienmitglieder

für das mitarbeitende Familienmitglied, (Name und Nachname)

wurden beim NISF-INPS für den Anstellungszeitraum von* bis*

Sozialbeitrage in Höhe von Euro einbezahlt.

Das Datum der Einschreibung beim NISF (INPS) angeben

An das NISF (INPS) überwiesene Sozialabgaben laut Vordruck F24

Formular für die Auszahlung des Beitrags

Einverständniserklärung über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016

Rechtsinhaber der Daten ist die Autonome Provinz Bozen, Silvius-Magnago-Platz Nr. 4, Landhaus 3a, 39100 Bozen, PEC: generaldirektion.direzionegenerale@pec.prov.bz.it. Datenschutzbeauftragte (DSB) PEC: rpd_dsb@pec.prov.bz.it. Die übermittelten Daten werden von der Landesverwaltung, auch in elektronischer Form, für die Bearbeitung des Antrages um Gewährung des Beitrages, laut Landesgesetz vom 14. Juli 2015, Nr.7, Artikel 15, Absatz 1 und Beschluss der Landesregierung vom 16. Oktober 2018, Nr. 1077, Artikel 6, verarbeitet. 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 die vorgebrachten Anforderungen oder Anträge nicht bearbeitet werden. Der/die Antragsteller/in erhält auf Anfrage Zugang zu seinen/ihren Daten, Auszüge und Auskunft darüber und kann deren Aktualisierung, Löschung, Anonymisierung oder Sperrung, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, verlangen. Das entsprechende Antragsformular steht auf der Webseite http://www.provinz.bz.it/de/transparente-verwaltung/zusaetzliche-infos.asp zur Verfügung.

Rechtsbehelfe: Erhält die die betroffene Person im Fall eines Antrages nicht innerhalb von 30 Tagen nach Eingang – diese Frist kann in begründeten Fällen um weitere 60 Tage verlängert werden, - eine Rückmeldung, kann sie Beschwerde bei der Datenschutzbehörde oder Rekurs bei Gericht einlegen.

Dauer: die Daten werden so lange gespeichert, als sie zur Erfüllung der in den Bereichen, Abgaben, Buchhaltung und Verwaltung geltenden rechtlichen Verpflichtungen benötigt werden und zwar vorbehaltlich Änderungen, für einen Zeitraum von 10 Jahren.

Die Person erklärt ausdrücklich, dass sie Einsicht in die Information über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten genommen hat.

Ort und Datum

(digitale Unterschrift des/der Antragstellers/in)

Der/die gesetzliche Vertreter:in unterzeichnet das Formular digital oder er/sie unterzeichnet händisch und legt die Kopie der Identitätskarte bei

Informationen

Für Fragen und weitere Informationen empfehlen wir Ihnen die Internetseite des Dienstes und die dazugehörigen FAQs

oder

die Mitarbeiter:innen des Dienstes für die Arbeitsintegration zu konsultieren

as@provinz.bz.it

as.sl@pec.prov.bz.it

0471 418609