

Begleitende Hilfe im Arbeitsleben

Antrag nach § 185 SGB IX – zwei Varianten: Arbeitshilfen & Arbeitsassistenz



Dieses Dokument enthält zwei Musterbriefe für schwerbehinderte oder gleichgestellte Beschäftigte: Musterbrief A für technische Arbeitshilfen (z. B. Noise-Cancelling-Headset, ergonomischer Stuhl, Sichtschutz) und Musterbrief B für die Übernahme der Kosten einer Arbeitsassistenz. Alle *[Platzhalter in Orange]* vor dem Versand ersetzen.

	MUSTERBRIEF	LEISTUNG	SEITE
A	Technische Arbeitshilfen (§ 185 Abs. 3 SGB IX, § 19 SchwbAV)	Sensorische Hilfsmittel, ergonomische Ausstattung, behinderungsgerechter Arbeitsplatz	Seite 2
B	Arbeitsassistenz (§ 185 Abs. 5 SGB IX)	Übernahme der vollen Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz	Seite 3
-	Ausfüllhilfe & Anlaufstellen	Platzhalter-Tabelle, Anlagen, Integrationsämter & Kontakte	Seite 4

§ Rechtsgrundlagen auf einen Blick:

- § 185 Abs. 1 SGB IX: Begleitende Hilfe im Arbeitsleben – Hauptaufgabe des Integrationsamts
- § 185 Abs. 3 SGB IX: Geldleistungen des Integrationsamts, u. a. zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeitsplätzen
- § 185 Abs. 5 SGB IX: Rechtsanspruch auf Übernahme der vollen Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz
- § 19 SchwbAV: Finanzielle Hilfen für technische Arbeitshilfen
- Zuständigkeit: Das für den Arbeitsort zuständige Integrationsamt (nicht Wohnort); Voraussetzung: anerkannte Schwerbehinderung (GdB $\geq$ 50) oder Gleichstellung (GdB 30 – 49, anerkannt von der Agentur für Arbeit)

Musterbrief A

Antrag auf Finanzierung technischer Arbeitshilfen

§ 185 Abs. 3 SGB IX i. V. m. § 19 SchwbAV – Begleitende Hilfe im Arbeitsleben

[Vollständiger Name des Integrationsamts]

[Abteilung / Sachbearbeitung]

[Straße und Hausnummer]

[PLZ Ort]

[Vorname Nachname]

[Straße und Hausnummer]

[PLZ Ort]

[E-Mail-Adresse]

[Telefonnummer]

[Schwerbehindertenausweis-Nr. (optional)]

[Ort], [Datum]

**Antrag auf Finanzierung technischer Arbeitshilfen nach § 185 Abs. 3 SGB IX i. V. m. § 19 SchwbAV Az. (falls vorhanden): [Aktenzeichen] –
Schwerbehindertenausweis-Nr.: [Ausweis-Nummer]**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin bei **[Name des Arbeitgebers]**, **[Straße, PLZ Ort]**, als **[Berufsbezeichnung / Tätigkeitsbeschreibung]** beschäftigt (unbefristet / befristet bis **[Datum]**, **[Stundenzahl]** Wochenstunden). Mir ist mit Bescheid des Versorgungsamts **[Ort]** vom **[Datum des Bescheids]** ein Grad der Behinderung von **[GdB, z. B. 50]** festgestellt worden. Ich bin als schwerbehinderter Mensch im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX anerkannt **[alternativ: mir wurde die Gleichstellung nach § 151 Abs. 3 SGB IX mit Bescheid der Agentur für Arbeit [Ort] vom [Datum] gewährt]**.

Ich leide an einer Autismus-Spektrum-Störung (ICD-10: F84.**[0/5]**) sowie **[ggf. weiteren Diagnosen, z. B. ADHS, Angststörung]**. Diese Behinderung führt am Arbeitsplatz zu folgenden konkreten Einschränkungen und Bedarfen, die ich ohne technische Hilfsmittel nicht ausreichend kompensieren kann:

- **[Konkrete Beeinträchtigung 1, z. B.: Sensorische Hypersensitivität gegenüber Umgebungslärm im Großraumbüro führt zu erheblicher Konzentrationsstörung und schneller Erschöpfung.]**
- **[Konkrete Beeinträchtigung 2, z. B.: Visuelle Reizüberflutung durch ungeordneten Schreibtischbereich und Aktivitäten benachbarter Arbeitsplätze.]**
- **[Ggf. weitere Beeinträchtigungen]**

Zur behinderungsgerechten Gestaltung meines Arbeitsplatzes beantrage ich die Übernahme der Kosten folgender technischer Arbeitshilfen:

- **[Hilfsmittel 1, z. B. Noise-Cancelling-Kopfhörer]:** ca. **[Betrag]** € (Angebot liegt bei) • **[Hilfsmittel 2, z. B. Sichtschutzwände für Schreibtisch]:** ca. **[Betrag]** € • **[Hilfsmittel 3, z. B. ergonomische Beleuchtung / Tischlampe]:** ca. **[Betrag]** € Gesamtkosten: ca. **[Gesamtbetrag]** €

Meinem Arbeitgeber ist der Antrag bekannt. **[Optional: Eine Stellungnahme meines Arbeitgebers / meiner behandelnden Fachkraft füge ich bei.]**

Ich bitte um Genehmigung der beantragten Leistung und um Mitteilung, ob weitere Unterlagen oder ein Beratungsgespräch beim zuständigen Integrationsfachdienst erforderlich sind.

Mit freundlichen Grüßen,

[Vorname Nachname]

Mögliche Anlagen (A):

- Kopie Schwerbehindertenausweis (Vorder- und Rückseite) • Kopie Arbeitsvertrag oder Einstellungsnachweis • Kostenvoranschläge / Angebotsbelege der Hilfsmittel • Ärztliches Attest oder Diagnosebrief (Fachkraft) • Stellungnahme des Arbeitgebers (optional)

Musterbrief B

Antrag auf Übernahme der Kosten einer Arbeitsassistenz

§ 185 Abs. 5 SGB IX – Rechtsanspruch auf volle Kostenübernahme

[Vollständiger Name des Integrationsamts]

[Abteilung / Sachbearbeitung Arbeitsassistenz]

[Straße und Hausnummer]

[PLZ Ort]

[Vorname Nachname]

[Straße und Hausnummer]

[PLZ Ort]

[E-Mail-Adresse]

[Telefonnummer]

[Schwerbehindertenausweis-Nr. (optional)]

[Ort], [Datum]

Antrag auf Übernahme der Kosten einer Arbeitsassistenz nach § 185 Abs. 5 SGB IX
Az. (falls vorhanden): [Aktenzeichen] – Schwerbehindertenausweis-Nr.:
[Ausweis-Nummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin bei **[Name des Arbeitgebers]**, **[Straße, PLZ Ort]**, als **[Berufsbezeichnung]** tätig (Arbeitszeit: **[Wochenstunden]** Stunden/Woche). Als schwerbehinderter Mensch mit einem anerkannten GdB von **[GdB]** beantrage ich nach § 185 Abs. 5 SGB IX die Übernahme der Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz zur Erhaltung meines Arbeitsplatzes.

Ich leide an einer Autismus-Spektrum-Störung (ICD-10: F84.**[0/5]**). Diese Behinderung führt dazu, dass ich bestimmte Tätigkeiten meines Arbeitsverhältnisses nicht ohne Unterstützung ausführen kann, die zum Kernbereich meiner Arbeit gehören:

- **[Konkrete Arbeitsaufgabe 1, für die Unterstützung benötigt wird, z. B.: Teilnahme an Teambesprechungen und Videokonferenzen – Protokollführung und Strukturierung der Beiträge durch Assistenz.]**
- **[Konkrete Arbeitsaufgabe 2, z. B.: Priorisierung und Strukturierung komplexer Aufgabenpakete in Absprache mit Arbeitgeber und Assistenz.]**
- **[Ggf. weitere Tätigkeiten]**

Ich beabsichtige, folgende Assistenzkraft zu beschäftigen: Name: **[Name der Assistenzkraft oder »noch nicht bekannt«]** Qualifikation: **[z. B. Fachkraft für Berufsbegleitung, Jobcoach]** Beschäftigungsumfang: ca. **[Stunden]** Stunden/Monat
Monatliche Kosten: ca. **[Betrag]** € (inkl. Arbeitgeberanteil / zzgl. Sozialabgaben)

Ich weise darauf hin, dass § 185 Abs. 5 SGB IX einen Rechtsanspruch auf die Übernahme der vollen Kosten begründet, soweit die Arbeitsassistenz als notwendig festgestellt wird. Ich bitte daher um Bearbeitung meines Antrags sowie um Kontaktaufnahme zwecks Feststellung der Notwendigkeit und der Leistungsmodalitäten.

Ich bin gerne bereit, an einem Beratungsgespräch beim zuständigen Integrationsfachdienst (IFD) teilzunehmen. Bitte teilen Sie mir den nächsten Schritt und die Fristen mit.

Mit freundlichen Grüßen,

[Vorname Nachname]

Mögliche Anlagen (B):

- *Kopie Schwerbehindertenausweis (Vorder- und Rückseite)* • *Kopie Arbeitsvertrag* • *Ärztliches Attest / Diagnosebrief (Fachkraft)* • *Tätigkeitsbeschreibung / Stellenprofil (vom Arbeitgeber)* • *Kostenaufstellung der geplanten Assistenz (falls bekannt)*

Musterbrief

Ausfüllhilfe & Anlaufstellen

Platzhalter, Besonderheiten und Kontakte

Platzhalter-Übersicht

PLATZHALTER	ERKLÄRUNG
[Vorname Nachname]	Eigener vollständiger Name
[Straße und Hausnummer]	Eigene Adresse
[PLZ Ort]	Postleitzahl und Wohnort
[E-Mail-Adresse]	Eigene E-Mail
[Telefonnummer]	Eigene Rufnummer
[Schwerbehindertenausweis-Nr.]	Nummer auf dem Ausweis (optional)
[Name des Integrationsamts]	Zuständiges Integrationsamt am Arbeitsort
[GdB, z. B. 50]	Grad der Behinderung laut Bescheid
[Name des Arbeitgebers]	Firmenname des Arbeitgebers
[Berufsbezeichnung]	Eigene Tätigkeit / Stellenbezeichnung
[Datum des Bescheids]	Datum des GdB-Feststellungsbescheids
[Hilfsmittel / Betrag]	Konkrete Ausstattung mit Kostenangabe
[Stunden/Monat]	Nur Musterbrief B – Assistenzumfang
[Monatliche Kosten]	Nur Musterbrief B – Assistenzkosten

Wichtige Hinweise vor dem Versand

Zuständiges Integrationsamt: Maßgeblich ist der Ort des Arbeitsplatzes, nicht der Wohnort. Alle Integrationsämter unter: integrationsaemter.de

Gleichstellung: Auch Beschäftigte mit GdB 30 – 49 können auf Antrag bei der Agentur für Arbeit gleichgestellt werden und haben dann Anspruch auf dieselben Leistungen.

Aufstockungsverbot: Das Integrationsamt darf Leistungen nicht aufstocken, die ein Rehabilitationsträger (z. B. Rentenversicherung, Agentur für Arbeit) bereits erbringt. Zuerst prüfen, ob ein anderer Träger vorrangig zuständig ist.

Fristen: Es gibt keine gesetzliche Antragsfrist. Leistungen werden in der Regel ab Antragsdatum gewährt. Antrag vor Anschaffung / Beschäftigung stellen.

Versand: Schriftlich (Post oder E-Mail mit Bestätigung). Alle Anlagen beifügen. Eingangsbestätigung anfordern.

Anlaufstellen & Adressen

ANLAUFSTELLE	WEBSITE	WOFÜR
Integrationsämter (bundesweit)	integrationsaemter.de	Zuständiges Amt suchen (nach Bundesland / Arbeitsort)
BIH - Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter	bih.de	Fachinformationen, Broschüre »Leistungen des Integrationsamts«

REHADAT	rehadat.de	Hilfsmittelsuche, Urteile zur Arbeitsassistenz, Förderübersicht
Integrationsfachdienste (IFD)	integrationsaemter.de/ifd	Persönliche Beratung vor Ort, kostenlos für schwerbehinderte Menschen
VdK	vdk.de	Sozialrechtsberatung, Unterstützung bei Widersprüchen
autismus-ratgeber.de	autismus-ratgeber.de/downloads/	Weitere Downloads: Checkliste Nachteilsausgleich Arbeitsplatz, Infoblatt IFD

Rechtlicher Hinweis: Diese Musterbriefe dienen als Orientierungshilfe und ersetzen keine individuelle Rechts- oder Sozialrechtsberatung. Formulierungen können je nach persönlicher Situation angepasst werden. Bei Ablehnung: Widerspruch innerhalb eines Monats einlegen. VdK oder Sozialverband kostenlos konsultieren.

© 2026 autismus-ratgeber.de • Kostenloser Download: autismus-ratgeber.de/downloads/ • Stand: Juli 2026