



--- Deckblatt für den Postversand ---

Scienta Omicron * *
Limburger Str. 75 * 65232 * Taunusstein

**Agentur für Arbeit
Wiesbaden
Klarenthaler Str. 34
65197 Wiesbaden**

Betriebsnummer:
48836740

**Durchführung des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX)
Anzeigeverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht § 163 Abs. 2 SGB IX**

Anlage:

Anzeige nach § 163 Abs. 2 SGB IX für das Jahr 2023

Betriebsnummer:

4	8	8	3	6	7	4	0
---	---	---	---	---	---	---	---

Korrektur einer bereits abgegebenen Anzeige?

ja:

Achtung:

**Vergessen Sie bitte nicht, die Anzeige auf der Seite 1 des
Formulars zu unterschreiben!**



Eingang der Anzeige bei der Agentur für Arbeit:

Anzeige für 2023

nach § 163 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

**Abgabetermin bei der Agentur für Arbeit:
spätestens am 31. März 2024****I. Bezeichnung (mit Rechtsform) und Anschrift des Arbeitgebers**

Name:	Scienta Omicron	
Name (Forts.):		
Rechtsform:	GmbH	
Straße:	Limburger Str. 75	
PLZ / Ort:	65232	Taunusstein
Hauptsitz gem. Registertrag:		
	(PLZ)	(Ort)

Vermerke des Integrationsamtes	
Datum	Hdz.
1. Eingang beim Integrationsamt	
2. Beschäftigungspflicht	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3. SB/GL	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Verrechnung nach § 223 SGB IX	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
5. Feststellungsbescheid vom	
6. Kassenanweisung	
7. Sachlich und rechnerisch richtig	
8. Z. d. A.	

Dienstst.-Nr.: **459**

4	8	8	3	6	7	4	0
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Betriebsnummer

Bitte diese Anzeige an die für den Arbeitgeber-Hauptsitz zuständige Agentur für Arbeit senden:

Wiesbaden

(Ort)

II. Weitere Angaben über den Arbeitgeber

1. a) Privater Arbeitgeber

- b) Öffentlicher Arbeitgeber - Oberste Bundesbehörde
 - Oberste Bundesbehörde nach § 241 Abs. 1 SGB IX *
 - Oberste Landesbehörde
 - Sonstiger öffentlicher Arbeitgeber
 - Sonstiger öffentlicher Arbeitgeber des Bundes nach § 241 Abs. 1 SGB IX*



Zutreffendes bitte ankreuzen

2. Ersteller/in der Anzeige:

Vor-/Nachname: **Sabine Jansen**Tel: **06136/4069960**

E-Mail: _____

Fax: _____

3. Verantwortliche/r der Anzeige:

Vor-/Nachname: _____

Tel: _____

(z.B. Geschäftsführer/in, Personalleiter/in)

4. Bankverbindung:**

IBAN: _____

BIC: _____

III. Errechnung der Arbeits- und Pflichtarbeitsplätze sowie der zu zahlenden Ausgleichsabgabe

Die Berechnungen erfolgen als Selbstveranlagung auf den folgenden Seiten 2 und 3 der Anzeige. Die errechnete Ausgleichsabgabe ist unter Angabe der Betriebsnummer und/oder des Buchungszeichens an die Kasse des für den Arbeitgeber-Hauptsitz zuständigen Integrationsamtes zu überweisen.

Für den Arbeitgeber-Hauptsitz zuständiges Integrationsamt:

Kassel

Buchungszeichen:

48836740/AA 2023**Wenn Sie Ausgleichsabgabe zu entrichten haben, zahlen Sie den Gesamtbetrag (keine Schecks) bitte bis spätestens 31. März 2024 an das zuständige Integrationsamt.****Bei nicht termingerechter Zahlung erhebt das Integrationsamt einen Säumniszuschlag.****IV. Erklärung**

Als Arbeitgeber erkläre ich, dass die Angaben in der Anzeige und den beigefügten Unterlagen richtig und vollständig sind.

In die Anzeige sind der Hauptbetrieb und 0 Nebenbetrieb(e) einbezogen.

Anzahl

Taunusstein
(Ort)8.5.24
(Datum)Datenschutzrechtliche Hinweise der Bundesagentur für Arbeit finden Sie unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.Datenschutzrechtliche-Hinweise der Integrationsämter finden Sie unter www.bih.de/integrationsaemter/medien-und-publikationen/fachlexikon/detail/ausgleichsabgabe-datenschutzrechtliche-hinweise-der-integrationsaemter-zur-erhebung/.

* Für die öffentlichen Arbeitgeber des Bundes gilt § 241 Abs. 1 SGB IX.

** freiwillige Angabe für Erstattungen

**Anzeigjahr 2023**

Betriebsnummer

4 8 8 3 6 7 4 0

Ausfertigung für die Agentur für Arbeit

Berechnung der Pflichtarbeitsplätze, der Beschäftigungspflicht, der jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote, der unbesetzten Pflichtarbeitsplätze und der zu zahlenden Ausgleichsabgabe

Monat	Arbeitsplätze und Stellen nach §§ 156 Abs. 1 - 3 ff SGB IX				Besetzte Pflichtarbeitsplätze
	insgesamt	darunter (Sp. 1) Stellen von Auszubildenden § 157 Abs. 1 S. 1 SGB IX	darunter (Sp. 1) Stellen nach § 156 Abs. 2 u. 3 SGB IX sowie § 157 Abs. 1 S. 2 SGB IX	Spalte 1 abzüglich Spalten 2 u. 3	lt. Verzeichnis gemäß § 163 Abs. 1 SGB IX
	1	2	3	4	5
Januar	82	0	1	81	2
Februar	81	0	1	80	2
März	81	0	1	80	2
April	79	0	1	78	3
Mai	78	0	1	77	2
Juni	79	0	1	78	3
Juli	79	0	0	79	3
August	80	0	0	80	3
September	80	0	0	80	3
Oktober	80	0	0	80	3
November	82	0	0	82	3
Dezember	83	0	1	82	3
Jahressumme:	957			957	32
	Feld A			Feld B	

Dauer der Betriebstätigkeit:- ganzjährige Betriebstätigkeit: ja nein

- wenn nein: von _____ bis _____

Berechnung der Beschäftigungspflicht:

(§ 154 Abs. 1 SGB IX)

Jahressumme Feld A (s.o.):	957	=	79,75
Anzahl der Monate ¹⁾ :	12		Jahresdurchschnitt mtl. Arbeitsplatzzahl*
* Keine Rundungen vornehmen, Arbeitsplatzzahl mit zwei Dezimalstellen eintragen			

Ist der ermittelte Wert der jahresdurchschnittlichen monatlichen Arbeitsplatzzahl 20 und mehr, besteht eine Beschäftigungspflicht für das Anzeigjahr. Die weitere Berechnung ist in der zutreffenden Gruppenspalte vorzunehmen, siehe nächste Seite.

1) Anzahl der Monate:

In die Berechnung sind alle Monate aufzunehmen, in denen die Betriebstätigkeit mindestens an einem Tag bestanden hat.

**Anzeigjahr 2023**

Betriebsnummer:

4 8 8 3 6 7 4 0**Ausfertigung für die Agentur für Arbeit****Berechnung der Ausgleichsabgabe**

Die Zuordnung zu einer der nachfolgenden Fallgruppen ist nach der berechneten jahresdurchschnittlichen monatlichen Arbeitsplatzzahl (Seite 2) vorzunehmen.

I) weniger als 60 Arbeitsplätze	II) 60 und mehr Arbeitsplätze
1. Pflichtarbeitsplätze (Soll) weniger als 40 Arbeitsplätze: Anzahl der Monate ¹⁾ : _____ x 1 = _____ 40 bis weniger als 60 Arbeitsplätze: Anzahl der Monate ¹⁾ : _____ x 2 = _____	1. Pflichtarbeitsplätze (Soll) Summe Feld A: (Seite 2) 957 x 5% ²⁾ = 48 - Fußnote ²⁾ beachten! - sich ergebende Bruchteile von 0,5 und mehr sind aufzurunden
2. Unbesetzte Pflichtarbeitsplätze Ergebnisse Ziffer 1 (Soll) abzüglich Jahressumme Feld B (S. 2) _____ — _____ = _____ (Soll) (Feld B)	2. Unbesetzte Pflichtarbeitsplätze Ergebnisse Ziffer 1 (Soll) abzüglich Jahressumme Feld B (S. 2) 48 — 32 = 16,0 (Soll) (Feld B)
3. Jahresdurchschnittliche Beschäftigung Jahressumme Feld B (S.2): _____ = Anzahl Monate ¹⁾ : _____	3. Jahresdurchschnittliche Beschäftigung Jahressumme Feld B (S.2): 32 x 100 = Jahressumme Feld A (S.2): 957 3,34 %
4. Jahressumme Ausgleichsabgabe Unbesetzte Pflichtarbeitsplätze x Staffelnbetrag (s.u.) _____ x _____ € = _____ € (Ergebnis Ziffer 2) (Staffelnbetrag) Staffelnbetrag: weniger als 40 Arbeitsplätze: • 140 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = unter 1 40 bis weniger als 60 Arbeitsplätze: • 140 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = unter 2 • 245 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = unter 1	4. Jahressumme Ausgleichsabgabe Unbesetzte Pflichtarbeitsplätze x Staffelnbetrag (s.u.) 16,0 x 140,00 € = 2.240,00 € (Ergebnis Ziffer 2) (Staffelnbetrag) Staffelnbetrag: • 140 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = 3% bis unter 5% • 245 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = 2% bis unter 3% • 360 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = unter 2%

Zu überweisender Betrag:

a) Jahressumme (Ergebnis Ziffer 4):	2.240,00 €
b) abzüglich 50 % der in den Rechnungen ausgewiesenen Arbeitsleistung ³⁾ gemäß Vordruck SGB IX — 3 —:	0,00 €
c) abzüglich Guthaben der für das letzte Anzeigjahr gezahlten Ausgleichsabgabe aus der Korrektur: - der Vorjahresanzeige <input type="checkbox"/> - von Werkstattaufträgen <input type="checkbox"/>	0,00 €
d) Gesamtbetrag der an das Integrationsamt zu zahlenden Ausgleichsabgabe:	2.240,00 €
zu überweisen an die Kasse des Integrationsamts in Kassel	

1) Anzahl der Monate:

In die Berechnung sind alle Monate aufzunehmen, in denen die Betriebstätigkeit mindestens an einem Tag bestanden hat.

2) Sonderregelung 6% Pflichtquote für Arbeitgeber des Bundes nach § 241 Abs. 1 SGB IX beachten.

3) Einzelrechnungsbelege sind dem zuständigen Integrationsamt nur auf Anforderung zu übersenden.