

Gleichstellung nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

Befragung der Schwerbehindertenvertretung / des Betriebsrats zum Antrag vom

Name	Vorname	Geb.-Datum

Agentur für Arbeit

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Punkte, da Ihre Angaben für die Entscheidung über den Antrag auf Gleichstellung wichtig sein können.

1. Welche Tätigkeit wird vom Antragsteller/in z. Zt. ausgeübt?

--

2. Sind Ihnen die gesundheitlichen Einschränkungen des/der Antragstellers/in bekannt?

nein ja

Wenn ja, wirken sie sich auf die derzeitige Tätigkeit aus und in welcher Weise?

- nein Häufige Fehlzeiten
 Arbeitseinsatz eingeschränkt
 Geringe betriebliche Einsatzmöglichkeiten
 Andere Auswirkungen (bitte beschreiben Sie die Beobachtungen)

3. Ist der derzeitige Arbeitsplatz aus Ihrer Sicht behindertengerecht gestaltet?

ja nein

Wenn nein, könnte durch technische Hilfe eine Verbesserung erreicht werden?

ja nein Gründe _____

Eine innerbetriebliche Umsetzung ist wegen der Auswirkungen der Behinderung

vorgesehen bereits erfolgt nicht möglich

4. Ist der Arbeitsplatz aufgrund behinderungsbedingter Auswirkungen gefährdet?
 nein ja Gründe _____
5. Ist der Arbeitsplatz aus sonstigen Gründen gefährdet (wenn ja, aus welchen)?
 nein ja Gründe _____
6. Welcher Kündigungsschutz besteht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Bestimmungen? (bitte Rechtsgrundlage oder Tarifvertrag angeben)

7. Ist bereits eine Kündigung ausgesprochen oder ein Aufhebungsvertrag vereinbart worden?
 nein ja am _____ zum _____

Ergänzende Angaben

Besteht eine Integrationsvereinbarung gem. § 83 SGB IX?

ja nein (wenn ja, bitte Kopie beifügen)

Die Stellungnahme der in § 93 SGB IX genannten Vertretungen bzw. der Schwerbehindertenvertretung

liegt bei wird nachgereicht

ein/e Betriebs/Personalrat/Schwerbehindertenvertretung ist nicht gewählt.

Datum

Tel. für Rückfragen

Unterschrift/Firmen/Amtsstempel
