

Wird von der Agentur für Arbeit ausgefüllt	
formlose Antragstellung am:	
<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> persönlich
zust. OrgZ.:	Hdz.:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Antrag

auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

1. Angaben zur Person

a) Familienname (ggf. Geburtsname), Vorname, Familienstand, Kundennummer, Staatsangehörigkeit

b) Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

c)

Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer	erreichbar unter: telefonisch (tagsüber): E-Mail: Fax:
--------------	---------------------------	---

d) bei Ausländern Berechtigung zur Arbeitsaufnahme liegt vor (Arbeitsgenehmigung bzw. Aufenthaltstitel in Kopie beifügen)
 Berechtigung zur Arbeitsaufnahme nicht erforderlich, weil:

2. Angaben zum Grad der Behinderung

a) Der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) beträgt _____

Als Nachweis bitte eine Kopie Ihres Feststellungsbescheides über Art und Grad Ihrer Behinderung (vollständig) oder des Rentenbescheides der Berufsgenossenschaft beifügen. Die Bescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt ist nicht erforderlich.

b) Gegen den Bescheid habe ich am _____ Widerspruch / Klage erhoben.
Wurde schon entschieden?
 nein
 ja, bitte Kopie des Widerspruchbescheides/Urteils

c) Über meinen Erstantrag vom _____ wurde noch nicht entschieden.

d) Ich habe am _____ einen Antrag zur Neufeststellung des GdB gestellt.

3. Angaben zum Beruf / Arbeitsverhältnis

a) Beruf mit Abschluss (Ausbildung, Studium usw.) als

Sonstige berufliche Qualifikationen

b) Ich bin

beschäftigt bei (Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb)

Firmenname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

beschäftigt als

seit

in Ausbildung als

seit

Beamter/Beamtin auf Lebenszeit als

seit

arbeitslos seit

gemeldet bei
(Anschrift Agentur
für Arbeit bzw.
Jobcenter;
Ansprechpartner)

selbstständig seit

c) Können Sie Ihre derzeitige Tätigkeit weiterhin ausüben?

ja, ohne Einschränkung

ja, mit behinderungsbedingten Einschränkungen (Begründung bitte unter Punkt 4a)

nein, weil

d) Eine innerbetriebliche Umsetzung ist wegen der Auswirkungen meiner Behinderungen

- vorgesehen bereits erfolgt am _____ nicht möglich
 nicht erforderlich

Falls bereits erfolgt, sind weiterhin behinderungsbedingte Einschränkungen gegeben.

- ja nein

e) Arbeitszeit

- Vollzeit Teilzeitarbeit mit _____ Std./Woche
 Schichtarbeit Wechselschicht Nachtschicht

f) Arbeitsbedingungen

Tätigkeit

- im Freien in geschlossenen Räumen in temperierten Räumen
 ständig stehend
 überwiegend gehend
 zeitweise sitzend
(Mehrfachnennung ist möglich)

- Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband) Lärm
 Nässe, Kälte, Hitze, Zugluft, Häufiges Bücken
 Staub, Rauch, Gase, Dämpfe Zwangshaltungen (z.B. Überkopfarbeit, Knien)
 Schmutz, hautbelastende Stoffe, Häufiges Heben / Tragen ohne Hilfsmittel
 auf Leitern / Gerüsten / in großer Höhe

g) Mein Arbeitsverhältnis ist befristet bis _____

- nicht gekündigt. gekündigt zum _____ am _____

Kündigungsgrund

Ich habe gegen die Kündigung

- keine
 folgende Schritte eingeleitet

h) **Ich habe einen besonderen Kündigungsschutz** (z.B. Mutterschutz, Betriebs- oder Personalratsmitglied, tariflicher oder gesetzlicher Kündigungsschutz)

- nein
 ja (welchen)

i) Betriebs-/Personalrat oder sonstige Vertretung nach § 176 ff SGB IX vorhanden? ja nein unbekannt

j) Schwerbehindertenvertretung vorhanden? ja nein unbekannt

4. Begründung des Antrages

- a) Bitte beschreiben Sie detailliert, wie sich Ihre Erkrankung/Behinderung auf Ihre derzeitige Tätigkeit auswirkt (keine Diagnose).

- b) Hatten Sie in den letzten 2 Jahren nennenswerte Fehlzeiten **wegen** der Behinderung?

nein

ja (bitte unbedingt Übersicht der Krankenkasse über die Fehlzeiten beifügen.)

vom	bis	Ausfallursache (Art der Krankheit, Kur, Sonstiges)

- c) Sind Sie derzeit arbeitsunfähig erkrankt?

ja, seit _____, ggf. voraussichtlich bis _____

nein

- d) Eine Wiedereingliederungsmaßnahme

ist geplant von _____ bis _____ erfolgt derzeit von _____ bis _____

ist bereits abgeschlossen, mit folgendem Ergebnis:

- e) Ich bin laufend in ärztlicher Behandlung (**auch von arbeitslosen Antragstellern auszufüllen**)

nein

ja, wegen

Soweit vorhanden bitte Atteste aus den letzten 6 Monaten beifügen.

- f) Mein Arbeitsverhältnis ist

auch

ausschließlich

aus anderen, nicht behinderungsbedingten Gründen (z. B. Rationalisierung - evtl. mit Sozialplan- Auftragsmangel, Technisierung) gefährdet.

Gründe:

--

- g) Hat der Arbeitgeber bereits mit einer Kündigung aus behinderungsbedingten Gründen gedroht?
 ja nein

Wenn ja, in welcher Form? (Abmahnung, Fehlzeitengespräche, ...)

(bitte Nachweise beifügen, falls vorhanden)

- h) Sonstige Gründe für die Notwendigkeit der Gleichstellung

- i) Ich benötige die Gleichstellung, um meine Vermittlungschancen zu erhöhen.

- j) Ich habe die Aussicht auf ein neues Arbeitsverhältnis/neuen Ausbildungsplatz und kann ohne die Gleichstellung diesen geeigneten Arbeitsplatz/Ausbildungsplatz nicht erlangen.

Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers/Ausbildungsbetriebes, geplanter Einstellungstermin

Ansprechpartner, Telefon

Zusatz für beschäftigte Antragsteller bzw. Antragstellerinnen:

Zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Gleichstellung ist es notwendig, Ihren Arbeitgeber und - soweit vorhanden - die Stellen nach § 176 SGB IX (Betriebs-/Personalrat) sowie die Schwerbehindertenvertretung zu Ihrer Arbeitsplatzsituation zu befragen. Nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) sind Sie verpflichtet, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Arbeitgeber, der Betriebs-/Personalrat (Stellen nach § 176 SGB IX) und die Schwerbehindertenvertretung befragt wird.

Ja Nein

Sollten Sie mit einer solchen Befragung nicht einverstanden sein und ist dadurch eine sachliche Entscheidung über den Antrag nicht möglich, werde ich, wegen fehlender Mitwirkung gemäß § 66 Abs. 1 SGB I die Versagung der beantragten Gleichstellung prüfen.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller