|  |  |
| --- | --- |
| **Gleichstellung nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)** Befragung der Schwerbehindertenvertretung / Betriebsrat / Personalrat | Dient bei der AfA im Scanzenrtum dazu den Vorgang der richtigen Stelle zuzuordnen. |

**Agentur für Arbeit**

|  |
| --- |
|  |
| Kundennummer | Name, Vorname | Geb.-Datum |
|  | **,**  |  |

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

1. Welche Tätigkeit wird von Herr / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zur Zeit ausgeübt?

1. Sind Ihnen gesundheitliche Einschränkungen der Antragstellerin bekannt?

[ ]  Nein [ ]  Ja

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

[ ]  Nein [ ]  Häufige Fehlzeiten

[ ]  Arbeitseinsatz eingeschränkt

[ ]  Geringe Einsatzmöglichkeit

[ ]  Andere Auswirkungen (bitte beschreiben Sie Ihre Beobachtungen)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ist der derzeitige Arbeitsplatz aus Ihrer Sicht für Herr / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_geeignet?

[ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn nein, könnte durch eine technische Hilfe, organisatorische Veränderungen oder sonstige Maßnahmen eine Verbesserung dieses Arbeitsplatzes erreicht werden?

[ ]  Ja [ ]  Nein, Gründe:

Hat Herr / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Arbeitserleichterungen, welche behinderungsbedingt zur Erhaltung des Arbeitsplatzes notwendig sind, bei Ihnen beantragt?

 [ ]  Ja [ ]  Nein

Wenn ja, in welcher Form: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Werden diese Arbeitserleichterungen von der Gleichstellung abhängig gemacht?

 [ ]  Ja [ ]  Nein

1. Eine Umsetzung/Versetzung ist wegen der Auswirkungen der Behinderung

[ ]  vorgesehen. [ ]  nicht vorgesehen. [ ]  bereits erfolgt. [ ]  nicht möglich.

Falls eine Versetzung vorgesehen ist:

Soll Herr / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_ auf eine Stelle mit geringerem Endgrundgehalt versetzt werden?

[ ]  Ja [ ]  Nein

Soll Herr / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ auf einen nicht gleichwertigen oder nicht der Behinderung entsprechenden Arbeitsplatz versetzt werden?

 [ ]  Ja [ ]  Nein

1. Ist der Arbeitsplatz von Herr / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aufgrund behinderungsbedingter Auswirkungen gefährdet?

[ ]  Nein [ ]  Ja, Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ist der Arbeitsplatz aus sonstigen Gründen gefährdet (wenn ja, aus welchen)?

[ ]  Nein [ ]  Ja, Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ist eine Versetzung von Herr / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in den Ruhestand beabsichtigt?

 [ ]  Ja [ ]  Nein

1. Wurde der Amtsarzt zur Prüfung der Dienstunfähigkeit beauftragt?

[ ]  Ja [ ]  Nein

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ansprechpartner/in) Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Telefonnummer mit Durchwahl)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift, Stempel) (E-Mail)