|  |  |
| --- | --- |
| **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)