

Gleichstellung nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)
Befragung der Schwerbehindertenvertretung / Betriebsrat / Personalrat



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?

2. 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)

3. 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 behinderungsbedingte 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

4. 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

5. Ist der Arbeitsplatz von Herr / Frau _____ aufgrund behinderungsbedingter Auswirkungen gefährdet?

Nein Ja, Gründe: _____

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

Nein Ja, Gründe: _____

7. Ist eine Versetzung von Herr / Frau _____ in den Ruhestand beabsichtigt?

Ja Nein

8. Wurde der Amtsarzt zur Prüfung der Dienstunfähigkeit beauftragt?

Ja Nein

(Ansprechpartner/in) Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

(Telefonnummer mit Durchwahl)

(Datum, Unterschrift, Stempel)

(E-Mail)