

## 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

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