

## Gleichstellung nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

Befragung der Schwerbehindertenvertretung zum Antrag vom  
Befragung des Personalrats

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       nicht 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer mit Durchwahl

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Schwerbehindertenvertretung, E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Personalrat, E-Mail

PA: