

Wird vom Arbeitsamt ausgefüllt	
Antragstellung am:	Hdz.:
Uhrzeit:	
<input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> persönlich	

Zutreffendes bitte ankreuzen

Antrag

auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

1. Angaben zur Person

a) Familienname (ggf. Geburtsname), Vorname, Kundennummer

b) Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

c) Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer	telefonisch erreichbar unter (tagsüber)

d) bei Ausländern Arbeitsgenehmigung erteilt (Kopie beifügen)
 Arbeitsgenehmigung nicht erforderlich, weil:

2. Angaben zum Grad der Behinderung

a) Der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) beträgt _____

Als Nachweis bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes oder Rentenbescheid der Berufsgenossenschaft zur Einsichtnahme beifügen.

b) Gegen den Bescheid des Versorgungsamtes habe ich Widerspruch / Klage erhoben.

c) Beim Versorgungsamt habe ich einen Neuantrag gestellt.

3. Angaben zum Beruf / Arbeitsverhältnis

a) Beruf mit Abschluss (Ausbildung, Studium usw.) als _____

Sonstige berufliche Qualifikationen _____

b) Ich bin _____
 beschäftigt bei (Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb, genaue Bezeichnung, Anschrift und Telefon)

beschäftigt als

seit

in Ausbildung als

seit

Beamter auf Lebenszeit als

seit

arbeitslos seit

selbständig seit

c) Können Sie Ihre derzeitige Tätigkeit weiterhin ausüben?

ja, ohne Einschränkung

ja, mit behinderungsbedingten Einschränkungen

nein, weil

d) Eine innerbetriebliche Umsetzung ist wegen der Auswirkungen meiner Behinderungen

vorgesehen bereits erfolgt nicht möglich

Falls bereits erfolgt, sind weiterhin behinderungsbedingte Einschränkungen gegeben.

ja nein

e) Arbeitszeit

Vollzeit Teilzeitarbeit mit _____ Std./Woche

Schichtarbeit Wechselschicht Nachtschicht

f) Arbeitsbedingungen

Tätigkeit

im Freien

in geschlossenen Räumen

in temperierten Räumen

ständig

stehend

überwiegend

gehend

zeitweise

sitzend

(Mehrfachnennung ist möglich)

Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband)

Lärm

Nässe, Kälte, Hitze, Zugluft,

Häufiges Bücken

Staub, Rauch, Gase, Dämpfe

Zwangshaltungen (z.B. Überkopfarbeit, Knien)

Schmutz, hautbelastende Stoffe,

Häufiges Heben / Tragen ohne Hilfsmittel

g) Mein Arbeitsverhältnis ist

nicht gekündigt. gekündigt zum _____ am _____

Kündigungsgrund _____

Ich habe gegen die Kündigung

- keine
 folgende Schritte eingeleitet

h) **Ich habe einen besonderen Kündigungsschutz** (z.B. Mutterschutz, Betriebs- oder Personalratsmitglied, tariflicher oder gesetzlicher Kündigungsschutz)

- nein
 ja (welchen)

i) Betriebs-/Personalrat oder sonstige Vertretung nach § 93 ff SGB IX vorhanden? ja nein unbekannt

j) Schwerbehindertenvertretung vorhanden? ja nein unbekannt

4. Begründung des Antrages

a) Mein Arbeits-/Ausbildungsverhältnis ist gefährdet, wegen meiner Behinderungen, die sich wie folgt auswirken

b) In den letzten Jahren hatte ich nennenswerte Fehlzeiten wegen der Behinderung
(bitte Nachweise der Krankenkasse beifügen.)

vom	bis	Ausfallursache (Art der Krankheit, Kur, Sonstiges)

c) Ich bin laufend in ärztlicher Behandlung (**auch von arbeitslosen Antragstellern auszufüllen**)

- nein ja , wegen

Ggf. bitte Atteste aus den letzten 6 Monaten beifügen.

d) Mein Arbeitsverhältnis ist

- auch
 ausschließlich

aus anderen, nicht behinderungsbedingten Gründen (z. B. Rationalisierung - evtl. mit Sozialplan- Auftragsmangel, Technisierung) gefährdet.

Gründe:

e) Der Arbeitgeber hat bereits mit einer Kündigung gedroht? ja nein

Wenn ja, in welcher Form? (Abmahnung, Fehlzeitengespräche, ...)

f) Sonstige Gründe für die Notwendigkeit der Gleichstellung

g) Ich benötige die Gleichstellung, um meine Vermittlungschancen zu erhöhen.

h) Ich habe die Aussicht auf ein neues Arbeitsverhältnis/neuen Ausbildungsplatz und kann ohne die Gleichstellung diesen geeigneten Arbeitsplatz/Ausbildungsplatz nicht erlangen.

Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers/Ausbildungsbetriebes

Ansprechpartner, Telefon

Hinweis für beschäftigte Antragsteller:

Zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Gleichstellung ist es notwendig, Ihren Arbeitgeber und soweit vorhanden, die Stellen nach § 93 SGB IX (Betriebs-/Personalrat) und die Schwerbehindertenvertretung zu Ihrer Arbeitsplatzsituation zu befragen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Arbeitgeber, der Betriebs-/Personalrat (Stellen nach § 93 SGB IX) und die Schwerbehindertenvertretung befragt wird.

Ja Nein

Sollten Sie mit der Befragung Ihres Arbeitgebers nicht einverstanden sein, kann Ihr Antrag aufgrund fehlender Mitwirkung abgelehnt werden (§ 66 Sozialgesetzbuch Erstes Buch).

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsteller