

Aktenzeichen (vom ZBFS-Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Kontaktformular zur Prävention / zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Ihre Angaben sind erforderlich, um das Präventionsverfahren / Betriebliche Eingliederungsmanagement unter Beteiligung des Inklusionsamtes durchzuführen. Alle Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Daten werden gegebenenfalls an Dritte übermittelt. Beachten Sie dazu bitte die unten stehenden Hinweise zum Datenschutz.

A Antragsteller/in (Arbeitgeber/in)	
Firma	
Betriebsnummer	
Anschrift des Unternehmens (Hauptsitz)	
Abweichender Einsatzbetrieb (abweichende Betriebsstätte):	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Firma	
Betriebsnummer	
Anschrift der Betriebsstätte (Einsatzbetrieb)	
Anzahl der Betriebsstätten: _____	
Anzahl der Beschäftigten in der Betriebsstätte des Beschäftigten: _____	
Hiervon schwerbehinderte Beschäftigte: _____	
Die Beschäftigungsquote ist erfüllt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Es handelt sich um einen öffentlichen Arbeitgeber: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Die Antragstellung erfolgt durch die Interessenvertretung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Ansprechpartner/in

Name, Vorname

Telefon

Telefax
(freiwillige Angabe)E-Mail-Adresse
(freiwillige Angabe)ggf. eigenes Geschäftszeichen
(freiwillige Angabe)**Bevollmächtigter oder Vertreter ist vorhanden**

Sofern Sie in diesem Verfahren einen Vertreter bevollmächtigen möchten, z. B. einen Rechtsanwalt, tragen Sie diesen bitte hier ein. Der weitere Kontakt wird dann ausschließlich über den Vertreter geführt.

 nein ja

Name

Anschrift

Telefon

E-Mail-Adresse
(freiwillige Angabe)**Betriebsrat/Personalrat ist vorhanden**
 nein ja
Name des Vorsitzenden/
der VorsitzendenTelefon
(freiwillige Angabe)Telefax
(freiwillige Angabe)E-Mail-Adresse
(freiwillige Angabe)

ggf. abweichende Anschrift

Schwerbehindertenvertretung ist vorhanden

Falls im Beschäftigungsbetrieb keine Schwerbehindertenvertretung gewährt ist, geben Sie bitte (falls vorhanden) die Kontaktdaten der Gesamt-, Bezirks-, Haupt- oder Konzernschwerbehindertenvertretung an.

 nein ja örtlich überörtlich
Name der
VertrauenspersonTelefon
(freiwillige Angabe)Telefax
(freiwillige Angabe)E-Mail-Adresse
(freiwillige Angabe)

ggf. abweichende Anschrift

B Betroffene/r Beschäftigte/r

Nachname

Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Ggf. Kontaktdaten
des/der rechtlichen
Betreuers/Betreuerin**Behinderung (soweit bekannt)**
 Anerkannte Schwerbehinderung nein ja Grad der Behinderung _____

 Einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt nein ja Grad der Behinderung _____

Kenntnis von der Behinderung seit _____

Angaben zur Behinderung, falls bekannt _____

 Hat erst am _____ Antrag auf Feststellung einer Behinderung/Gleichstellung bei _____
_____ gestellt.

 Derzeit arbeitsunfähig nein ja, seit _____

C**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis** Arbeitnehmer/in Beamter/Beamtin Vollzeit Teilzeit, mit _____ von _____ Stunden

beschäftigt seit _____ als _____

Befristung

 nein ja, bis _____

bisher ausgeübte Tätigkeiten _____

Beschreibung der Tätigkeit (bitte ggf. schriftliche Tätigkeitsbeschreibung beifügen)

Es wurde bereits zuvor beim Inklusionsamt ein Verfahren zu diesem Arbeitsverhältnis durchgeführt.

 nein ja, Az: _____

Bestand Kontakt zu anderen Leistungsträgern?

 nein ja, zu _____

Es besteht Kontakt zum Integrationsfachdienst

 nein ja, _____**D****Schwierigkeiten im Beschäftigungsverhältnis**

Die Beteiligung an welchem Verfahren wird gewünscht?

 Betriebliches Eingliederungsmanagement (§ 167 Abs. 2 SGB IX) Präventionsverfahren (§ 167 Abs. 1 SGB IX)

Bitte schildern Sie die aufgetretenen Schwierigkeiten, die zur Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses führen können und fügen Sie ggf. Nachweise bei

(z.B. amtsärztliche Zeugnisse, Unterlagen zu einem durchgeführten Eingliederungsverfahren)

Wurden bereits Gespräche geführt oder Maßnahmen vereinbart?

Ich willige ein, dass

die von mir in diesem Kontaktformular und im Laufe des Verfahrens gemachten Angaben (samt Anlagen) über Betriebs- und Geschäftsverhältnisse zur Stellungnahme an den Beschäftigten/die Beschäftigte, den Betriebs-/Personalrat, die Schwerbehindertenvertretung und an den Integrationsfachdienst weitergeleitet werden, soweit dies erforderlich sein sollte (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X). Ich kann dieser Datenübermittlung jederzeit formlos widersprechen.

ja

ja, mit folgenden Einschränkungen: _____

nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- mir die Einwilligung frei steht,
- ich meine Einwilligung jederzeit gegenüber dem Zentrum Bayern Familie und Soziales – Region _____
 - Inklusionsamt, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und
- Verweigerung und Widerruf der Einwilligung zur Folge haben können, dass das Präventionsverfahren / Betriebliche Eingliederungsmanagement alleine deshalb ohne Erfolg bleibt.

Ort, Datum_____
Unterschrift Antragsteller/in (Arbeitgeber/in)