



Wird von der Agentur für Arbeit ausgefüllt	
formlose Antragstellung am: 07.11.2017	
<input checked="" type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> persönlich
zust. OrgZ.:	Hdz.:

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, Staatsangehörigkeit
,

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

c) Geburtsdatum | Rentenversicherungsnummer | telefonisch erreichbar unter (tagsüber)
0

d) bei Ausländern Berechtigung zur Arbeitsaufnahme liegt vor (Arbeitsgenehmigung bzw. Aufenthaltstitel in Kopie beifügen)
 Berechtigung zur Arbeitsaufnahme 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

selbstständig 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) Hatten Sie in den letzten Jahren nennenswerte Fehlzeiten wegen der Behinderung?

nein ja (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. Nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) sind Sie verpflichtet, der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

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 einer solchen Befragung nicht einverstanden sein und ist dadurch eine sachliche Entscheidung über den Antrag nicht möglich, beabsichtige ich, die beantragte Gleichstellung bis zur Nachholung der Mitwirkung nach § 66 SGB I zu versagen.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

