

Name und Anschrift des Arbeitgebers	Zuständiger Sachbearbeiter des Arbeitgebers	Telefon
	Betriebs- bzw. Personalrat	Telefon
	Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen	Telefon

Kontaktformular zur Prävention nach § 84 Abs. 1 Sozialgesetzbuch IX

1

Name und Vorname des betroffenen Arbeitnehmers	Geburtsdatum
Wohnanschrift	Telefon

Familienstand

ledig
 verheiratet
 verwitwet
 geschieden

- 2 Der betroffene Arbeitnehmer
- ist Schwerbehinderter
 ist Gleichgestellter
- hat Antrag beim Versorgungsamt auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt
 hat Antrag beim Arbeitsamt auf Gleichstellung gestellt

Art der anerkannten Behinderung falls bekannt

Der Grad der Behinderung beträgt

3 Beschäftigungsverhältnis

Arbeitnehmer
 Beamter

mtl. Bruttoeinkommen

Art. der Tätigkeit (kurze Beschreibung)

beschäftigt seit

Betriebsstätte/Dienststelle (nur bei Abweichung von Ziffer 1 dieses Antrags)

Darstellung der Problematik

(Bitte legen Sie die Schwierigkeiten im Arbeitsverhältnis im Einzelnen dar und vermeiden Sie allgemeine Angaben.)

Hinweis: Das Integrationsamt holt eine Stellungnahme des betroffenen schwerbehinderten oder gleichgestellten behinderten Menschen ein und leitet dazu die von Ihnen gemachten Angaben weiter.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers
