

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):		
	☐ nein ☐ 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: ☐ nein ☐ ja		
	Es handelt sich um einen öffentlichen Arbeitgeber: ☐ nein ☐ ja		
	Die Antragstellung erfolgt durch die Interessenvertretung: ☐ nein ☐ 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											
	<table border="1"> <tr> <td>Name</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anschrift</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefon</td> <td>E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)</td> </tr> </table>	Name		Anschrift		Telefon	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)				
Name											
Anschrift											
Telefon	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)										
Betriebsrat/Personalrat ist vorhanden											
☐ nein ☐ ja											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Name des Vorsitzenden/ der Vorsitzenden</td> </tr> <tr> <td>Telefon (freiwillige Angabe)</td> <td>Telefax (freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ggf. abweichende Anschrift</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Name des Vorsitzenden/ der Vorsitzenden		Telefon (freiwillige Angabe)	Telefax (freiwillige Angabe)	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)		ggf. abweichende Anschrift			
Name des Vorsitzenden/ der Vorsitzenden											
Telefon (freiwillige Angabe)	Telefax (freiwillige Angabe)										
E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)											
ggf. abweichende Anschrift											
Schwerbehindertenvertretung ist vorhanden											
Falls im Beschäftigungsbetrieb keine Schwerbehindertenvertretung gewählt ist, geben Sie bitte (falls vorhanden) die Kontaktdaten der Gesamt-, Bezirks-, Haupt- oder Konzernschwerbehindertenvertretung an.											
☐ nein ☐ ja ☐ örtlich ☐ überörtlich											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Name der Vertrauensperson</td> </tr> <tr> <td>Telefon (freiwillige Angabe)</td> <td>Telefax (freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ggf. abweichende Anschrift</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Name der Vertrauensperson		Telefon (freiwillige Angabe)	Telefax (freiwillige Angabe)	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)		ggf. abweichende Anschrift			
Name der Vertrauensperson											
Telefon (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, _____

Es besteht Kontakt zu den Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber

☐ 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)