

Antrag auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen

Nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

1. Angaben zur Person

1.1. Anrede

Herr

1.2. Titel

1.3. Vorname

Dummy

1.4. Nachname

Gummy

1.5. Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

01.01.2000

1.6. Geburtsort

Kleinmachnow

1.7. Familienstand

geschieden

1.8. Geburtsname

1.9. Nationalität

deutsch

1.10. Kundennummer

1234567890

1.11. Rentenversicherungsnummer (optional)

987654321

1.12. Telefonnummer

0911/1234567890

1.13. Faxnummer

0911/12345678999



3



* S 2 *

1.14. Sind Sie Ausländer/Ausländerin?

- ☐ Ja (» Weiter mit 2.3)
- ☒ Nein (» Weiter mit 3)

1.15. Ist eine Berechtigung zur Arbeitsaufnahme erforderlich?

- ☐ Ja (» Weiter mit 2.5)
- ☐ Nein (» Weiter mit 2.4)

1.16. Warum ist keine Berechtigung zur Arbeitsaufnahme erforderlich?

» Dann weiter mit 3

1.17. Liegt eine Berechtigung zur Arbeitsaufnahme vor?

- ☐ Ja (» Bitte Arbeitsgenehmigung oder Aufenthaltstitel in Kopie beifügen)
- ☐ Nein

2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

2.1. Straße

2.2. Hausnummer

2.3. PLZ

2.4. Wohnort

3. Angaben zum Grad der Behinderung

3.1. Ich habe den Antrag zum Grad der Behinderung bereits gestellt

- ☐ Ja (» Weiter mit 3.5)
- ☒ Nein (» Weiter mit 4)

3.2. Datum des Antrags (TT.MM.JJJJ)

3.3. Der festgestellte Grad der Behinderung beträgt



Wichtiger Hinweis

Als Nachweis bitte eine Kopie Ihres Feststellungsbescheides über Art und Grad Ihrer Behinderung (vollständig) oder des Rentenbescheides der Berufsgenossenschaft beifügen. Die Bescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt ist nicht erforderlich.

3.4. Über den Erstantrag wurde bereits entschieden:

☐ Ja (» Weiter mit 3.8)

☐ Nein (» Weiter mit 4)

3.5. Ich habe gegen den Bescheid Widerspruch/ Klage erhoben:

☐ Ja (» Weiter mit 3.9)

☐ Nein (» Weiter mit 3.11)

3.6. Datum Widerspruchsentscheids / der Klage (TT.MM.JJJJ)

3.7. Es wurde bereits entschieden:

☐ Ja (» Bitte Widerspruchbescheid/Urteil in Kopie beifügen)

☐ Nein

3.8. Ich habe einen Antrag zur Neufeststellung der GdB gestellt

☐ Ja (» Weiter mit 3.12)

☐ Nein (» Weiter mit 4)

3.9. Datum des Antrags zur Neufeststellung (TT.MM.JJJJ)

4. Angaben zum Beruf/Arbeitsverhältnis

4.1. Haben Sie einen Beruf mit Abschluss? (Ausbildung, Studium usw.)

- ☐ Ja (» Weiter mit 4.2)
- ☒ Nein (» Weiter mit 4.3)

4.2. Beruf

Maurer

4.3. Haben Sie eine sonstige Ausbildung?

- ☐ Ja (» Weiter mit 4.4)
- ☒ Nein (» Weiter mit 4.5)

4.4. Sonstige Ausbildung

4.5. Ich bin

- ☐ beschäftigt (» Weiter mit 4.6)
- ☐ in Ausbildung (» Weiter mit 4.6)
- ☐ Beamter/Beamtin auf Lebenszeit (» Weiter mit 4.6)
- ☐ in einem sonstigen Dienstverhältnis (» Weiter mit 4.6)
- ☒ arbeitslos (» Weiter mit 4.8)
- ☐ selbstständig (» Weiter mit 4.9)

4.6. Seit wann? (TT.MM.JJJJ)

» Dann weiter mit 4.7

4.7. Als was?

Maurer

» Dann weiter mit 4.10

4.8. Seit wann sind Sie arbeitslos? (TT.MM.JJJJ)

01.01.2016

» Dann weiter mit 4.11

4.9. Seit wann sind Sie selbstständig? (TT.MM.JJJJ)

» Dann weiter mit 4.12

4.10 Anschrift des Arbeitgebers

4.10.1. Firmenname

4.10.2. Straße

4.10.3. Hausnummer

4.10.4. PLZ 4.10.5. Ort

» Dann weiter mit 4.12

4.11 Anschrift der Agentur für Arbeit bzw. Jobcenter

4.11.1. Straße

4.11.2. Hausnummer

4.11.3. PLZ 4.11.4. Ort

4.11.5. Vorname des Ansprechpartners

4.11.6. Nachname des Ansprechpartners

4.12 Weiterer Verlauf der derzeitigen Tätigkeit

4.12.1. Können Sie Ihre derzeitige Tätigkeit weiterhin ausüben?

- ☐ Ja, ohne Einschränkungen (» Weiter mit 4.12.3)
- ☐ Ja, mit behinderungsbedingten Einschränkungen (» Weiter mit 4.12.3)
- ☒ Nein (» Weiter mit 4.12.2)

4.12.2. Begründen Sie, warum Sie die derzeitige Tätigkeit nicht weiterhin ausüben können

4.12.3. Eine innerbetriebliche Umsetzung ist wegen der Auswirkungen meiner Behinderungen

- ☐ vorgesehen (» Weiter mit 4.12.6)
- ☐ erfolgt (» Weiter mit 4.12.5)
- ☐ nicht möglich (» Weiter mit 4.12.6)
- ☐ nicht erforderlich (» Weiter mit 4.12.6)

4.12.4. Wann ist innerbetriebliche Umsetzung erfolgt? (TT.MM.JJJJ)

4.12.5. Sind noch weitere behinderungsbedingte Einschränkungen gegeben?

- ☐ ja
- ☐ nein

4.12.6. Zu welchen Arbeitszeiten können sie arbeiten?

- ☐ Vollzeit
- ☐ Teilzeit (» Bitte Stundenanzahl eintragen bei 4.12.7)
- ☐ Schichtarbeit
- ☐ Wechselschicht
- ☐ Nachtschicht

4.12.7. Was ist die maximale Anzahl an Stunden pro Woche, sofern Sie Teilzeit arbeiten können?

4.12.8. Unter welchen der folgenden Arbeitsbedingungen können Sie arbeiten?

- ☐ im Freien
- ☐ in geschlossenen Räumen
- ☐ in temperierten Räumen

4.12.9. Sind Sie in der Lage, stehend zu arbeiten?

- ☐ nein
- ☐ ja, ständig
- ☐ ja, überwiegend
- ☐ ja, zeitweise

4.12.10. Sind Sie in der Lage, gehend zu arbeiten?

- ☐ nein
- ☐ ja, ständig
- ☐ ja, überwiegend
- ☐ ja, zeitweise

4.12.11. Sind Sie in der Lage, sitzend zu arbeiten?

- ☐ nein
- ☐ ja, ständig
- ☐ ja, überwiegend
- ☐ ja, zeitweise

4.12.12. Unter welchen der folgenden Arbeitsbedingungen können Sie arbeiten?
Mehrfachnennung möglich

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband) | <input type="checkbox"/> Lärm |
| <input type="checkbox"/> Nässe, Kälte, Hitze, Zugluft | <input type="checkbox"/> Häufiges Bücken |
| <input type="checkbox"/> Staub, Rauch, Gase, Dämpfe | <input type="checkbox"/> Zwangshaltungen (z.B. Überkopfarbeit, Knien) |
| <input type="checkbox"/> Schmutz, hautbelastende Stoffe | <input type="checkbox"/> Häufiges Heben/Tragen ohne Hilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> auf Leitern/Gerüsten/in großer Höhe | |

4.12.13. Ist ihr Arbeitsverhältnis befristet?

- ☐ ja (» Weiter mit 4.12.14)
- ☐ nein (» Weiter mit 4.12.13)

4.12.14. Bis wann ist ihr Arbeitsverhältnis befristet? (TT.MM.JJJJ)

4.12.15. Ist ihr Arbeitsverhältnis gekündigt?

- ☐ ja (» Weiter mit 4.12.16)
- ☐ nein (» Weiter mit 4.12.20)

4.12.16. Wann wurde ihr Arbeitsverhältnis gekündigt? (TT.MM.JJJJ)

4.12.17. Zu welchem Datum wurde ihr Arbeitsverhältnis gekündigt? (TT.MM.JJJJ)

4.12.18. Werden Sie oder haben Sie gegen die Kündigung Schritte eingeleitet?

- ☐ ja (» Weiter mit 4.12.19)
- ☐ nein (» Weiter mit 4.12.20)

4.12.19. Welche Schritte haben Sie eingeleitet?

4.12.20. Haben Sie einen besonderen Kündigungsschutz?

- ☐ ja (» Weiter mit 4.12.21)
- ☐ nein (» Weiter mit 5)

4.12.21. Welchen Kündigungsschutz haben Sie?

- ☐ Mutterschutz
- ☐ Betriebs- oder Personalratsmitglied
- ☐ Tariflicher oder gesetzlicher Kündigungsschutz

5. Begründung des Antrages

5.1. Bitte beschreiben Sie detailliert, wie sich Ihre Erkrankung/Behinderung auf Ihre derzeitige Tätigkeit auswirkt (keine Diagnose)

5.2. Hatten Sie in den letzten 2 Jahren nennenswerte Fehlzeiten wegen der Behinderung?

☐ ja (Bitte unbedingt Übersicht der Krankenkasse über die Fehlzeiten beifügen» Weiter mit 5.3)

☐ nein (» Weiter mit 5.12)

5.3. Beginn der ersten Fehlzeit (TT.MM.JJJJ) 5.4. Ende der ersten Fehlzeit (TT.MM.JJJJ)

5.5. Ausfallursache für die erste Fehlzeit

5.6. Beginn der zweiten Fehlzeit (TT.MM.JJJJ) 5.7. Ende der zweiten Fehlzeit (TT.MM.JJJJ)

5.8. Ausfallursache für die zweiten Fehlzeit

5.9. Beginn der dritten Fehlzeit (TT.MM.JJ)

5.10. Ende der dritten Fehlzeit (TT.MM.JJ)

5.11. Ausfallursache für die dritte Fehlzeit

5.12. Sind Sie derzeit arbeitsunfähig erkrankt?

- ☐ ja
- ☐ nein

5.13. Eine Wiedereingliederungsmaßnahme

- ☐ ist nicht geplant
- ☐ ist geplant
- ☐ erfolgt derzeit
- ☐ ist bereits abgeschlossen
- ☐ wurde abgebrochen

5.14. Ist ihr Arbeitsverhältnis auch aus anderen, nicht behinderungsbedingten Gründen gefährdet? (z.B. Rationalisierung - evtl. mit Sozialplan-Auftragsmangel, Technisierung)

- ☐ ja (» Weiter mit 5.15)
- ☐ nein (» Weiter mit 5.17)

5.15. Aus welchen nicht behinderungsbedingten Gründen ist ihr Arbeitsverhältnis gefährdet?

5.16. Ist ihr Arbeitsverhältnis deswegen ausschließlich oder zusätzlich gefährdet?

- ☐ ausschließlich
- ☐ zusätzlich

5.17. Hat der Arbeitgeber bereits mit einer Kündigung aus behinderungsbedingten Gründen gedroht?

- ☐ ja (Bitte Nachweise beifügen; » Weiter mit 5.18)
- ☐ nein (» Weiter mit 5.19)

5.18. In welcher Form hat der Arbeitgeber mit einer Kündigung aus behinderungsbedingten Gründen gedroht?

5.19. Sonstige Gründe für die Notwendigkeit der Gleichstellung

5.20. Benötigen Sie die Gleichstellung, um Ihre Vermittlungschancen zu erhöhen?

- ☐ ja (Bitte Nachweise beifügen; » Weiter mit 5.18)
- ☐ nein (» Weiter mit 5.19)

5.21. Haben Sie ein neues Arbeitsverhältnis/ einen neuen Ausbildungsplatz in Aussicht und können diesen ohne die Gleichstellung nicht erlangen?

- ☐ ja (» Weiter mit 5.22)
- ☐ nein (» Weiter mit 5.25)

5.22. Geplanter Einstellungstermin (TT.MM.JJJJ)

5.23 Anschrift des neuen Arbeitgebers

5.23.1. Firmenname

5.23.2. Straße

5.23.3. Hausnummer

5.23.4. PLZ 5.23.5. Ort

5.24 Kontaktdaten des neuen Arbeitgebers

5.24.1. Vorname des Ansprechpartners

5.24.2. Nachname des Ansprechpartners

5.24.3. Telefonnummer

5.25 Einverständniserklärung

☐ Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben

5.25.1. Datum

5.25.2. Ort

5.25.3. Unterschrift