3

Bundesagentur für Arbeit

Antrag auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen

Nach § 2 Absatz 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Hinweis Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen.
Pflichtfelder sind mit Stern* markiert.

A. Angaben zur Person

1 Vorname*

2 Nachname*

3 Geburtsname (sofern abweichend)

4 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*

5 Rentenversicherungsnummer

6 Kundennummer

7 Straße*

8 Hausnummer

9 Postleitzahl*

10 Wohnort*

11 Telefon (freiwillige Angabe)

12 E-Mail (freiwillige Angabe)

13 Geschlecht*

◯ männlich ◯ weiblich ◯ divers ◯ keine Angabe

14 Staatsangehörigkeit*

◯ deutsch ◯ andere (bitte ergänzen)

Bei ausländischen Personen bitte Frage 15 und gegebenenfalls 16 beantworten

15 Berechtigung zur Arbeitsaufnahme liegt vor?

◯ Ja (Aufenthaltstitel bitte in Kopie beifügen) ◯ Nein

16 Eine Berechtigung zur Arbeitsaufnahme ist nicht erforderlich, weil: (maximal 100 Zeichen)

B. Angaben zum Grad der Behinderung

17 Der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) 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 für die Bearbeitung nicht ausreichend.

18 Haben Sie gegen den Bescheid Widerspruch/Klage erhoben?

○ Nein (weiter mit 20) ○ Ja, am (TT.MM.JJJJ)

19 Wurde über den Widerspruch/die Klage schon entschieden?

○ Nein ○ Ja (weiter mit 21)

Wenn über Ihren Antrag auf Feststellung des GdB noch nicht entschieden wurde, beantworten Sie bitte Frage 20.

20 Um welche Art des Antrags handelt es sich?

☐ Erstantrag vom (TT.MM.JJJJ) ☐ Antrag zur Neufeststellung des GdB vom (TT.MM.JJJJ)

C. Angaben zum Arbeitsverhältnis und zur Tätigkeit

21 Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?

☐ Ich bin beschäftigt ☐ Ich bin in Ausbildung

☐ Ich bin verbeamtet auf Lebenszeit ☐ Ich bin in einem sonstigen Dienstverhältnis

als

seit (MM.JJJJ) (weiter mit 29)

☐ Ich bin selbstständig seit (MM.JJJJ) (weiter mit 56)

☐ Ich bin arbeitslos/arbeitsuchend/ausbildungsuchend seit (MM.JJJJ)

Bitte folgende Angaben nur ausfüllen, wenn Sie arbeitslos/arbeitsuchend/ausbildungsuchend sind:

22 gemeldet bei (Name der Agentur für Arbeit beziehungsweise des Jobcenters)

23 Straße 24 Hausnummer 25 Postleitzahl 26 Ort

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner bei Agentur für Arbeit beziehungsweise Jobcenter

27 Vorname 28 Nachname

(weiter mit 56)

Angaben zum Arbeitgeber

29 Bezeichnung des Arbeitgebers

30 Straße | 31 Hausnummer | 32 Postleitzahl | 33 Ort

34 Können Sie Ihre derzeitige Tätigkeit weiterhin ausüben?

- ◯ Ja, ohne Einschränkung
- ◯ Ja, mit behinderungsbedingten Einschränkungen (Begründung bitte unter Punkt 45)
- ◯ Nein (Begründung bitte unter Punkt 45)

35 Eine innerbetriebliche Umsetzung ist wegen der Auswirkungen meiner Behinderung

- ◯ vorgesehen (weiter mit 37)
- ◯ nicht möglich (weiter mit 37)
- ◯ nicht erforderlich (weiter mit 37)
- ◯ bereits erfolgt am (MM.JJJJ)

36 Sind weiterhin behinderungsbedingte Einschränkungen gegeben?

◯ Ja ◯ Nein

37 Welche vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten haben Sie?

☐ Vollzeit ☐ Teilzeitarbeit mit Stunden pro Woche

☐ Schichtarbeit ☐ Wechselschicht ☐ Nachtschicht

38 Wie sind Ihre örtlichen Arbeitsbedingungen (Mehrfachnennung ist möglich)?

☐ im Freien ☐ in geschlossenen Räumen ☐ in temperierten Räumen

	stehend	**gehend**	**sitzend**
ständig	☐	☐	☐
überwiegend	☐	☐	☐
zeitweise	☐	☐	☐

39 Weitere Arbeitsbedingungen (Mehrfachnennung ist möglich)

- ☐ Zeitdruck (zum Beispiel Akkord, Fließband)
- ☐ Nässe
- ☐ Hitze
- ☐ Staub
- ☐ Gase
- ☐ Schmutz, hautbelastende Stoffe
- ☐ Häufiges Bücken
- ☐ Häufiges Heben, Tragen ohne Hilfsmittel
- ☐ Lärm
- ☐ Kälte
- ☐ Zugluft
- ☐ Rauch
- ☐ Dämpfe
- ☐ Zwangshaltungen (zum Beispiel Überkopfarbeit, Knien)
- ☐ auf Leitern, Gerüsten, in großer Höhe

40 Mein Arbeitsverhältnis ist

☐ befristet bis _____ (MM.JJJJ) (weiter mit 43)

☐ nicht gekündigt (weiter mit 43)

☐ gekündigt am _____ (TT.MM.JJJJ) zum _____ (TT.MM.JJJJ)

41 Ich habe gegen die Kündigung

◯ keine Schritte eingeleitet (weiter mit 43)

◯ folgende Schritte eingeleitet

42 Welche Schritte haben Sie gegen die Kündigung eingeleitet? (maximal 300 Zeichen)

43 Ich habe einen besonderen Kündigungsschutz (zum Beispiel Mutterschutz, Betriebs- oder Personalratsmitglied, tariflicher oder gesetzlicher Kündigungsschutz)

◯ Nein (weiter mit 45) ◯ Ja

44 Welchen besonderen Kündigungsschutz haben Sie? (maximal 200 Zeichen)

D. Begründung des Antrages und Angaben zur Tätigkeit

45 Bitte beschreiben Sie detailliert, was Sie mit Ihrem Antrag auf Gleichstellung konkret erreichen möchten und wie sich Ihre Behinderung auf Ihre derzeitige Tätigkeit auswirkt (keine Diagnose). Falls der Platz hierfür nicht ausreicht, können Sie dem Antrag ein Zusatzblatt beifügen. (maximal 2000 Zeichen)

46 Hatten Sie in den letzten zwei Jahren nennenswerte Fehlzeiten **wegen** Ihrer Behinderung?

◯ Nein (weiter mit 48) ◯ Ja

47 Bitte nachfolgend jeweils die Dauer der Fehlzeit angeben sowie die Art der Ausfallursache ankreuzen.
Falls der Platz hierfür nicht ausreicht, können Sie dem Antrag ein Zusatzblatt beifügen.

Vom (TT.MM.JJJJ)	**Bis** (TT.MM.JJJJ)	**Ausfall wegen Arbeitsunfähigkeit**	**Ausfall wegen medizinischer Reha** (Kur)
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

48 Sind Sie derzeit arbeitsunfähig erkrankt?

◯ Nein (weiter mit 52)

◯ Ja, seit _____ (TT.MM.JJJJ)

49 Ist ein Ende der Arbeitsunfähigkeit absehbar?

◯ Nein

◯ Ja, voraussichtlich arbeitsfähig ab dem _____ (TT.MM.JJJJ)

50 Eine Wiedereingliederung

☐ ist geplant von _____ (TT.MM.JJJJ) bis _____ (TT.MM.JJJJ)

☐ erfolgt derzeit von _____ (TT.MM.JJJJ) bis _____ (TT.MM.JJJJ)

☐ wurde abgebrochen

☐ ist nicht geplant

☐ ist bereits abgeschlossen

51 Ergebnis der bereits abgeschlossenen Wiedereingliederung (maximal 300 Zeichen)

52 Ist Ihr Arbeitsverhältnis aus anderen, nicht behinderungsbedingten Gründen (zum Beispiel Rationalisierung – eventuell mit Sozialplan, Auftragsmangel, Technisierung) gefährdet?

- ◯ Nein, ist dadurch nicht gefährdet (weiter mit 54)
- ◯ Ja, ist dadurch zusätzlich gefährdet
- ◯ Ja, ist dadurch ausschließlich gefährdet

53 Geben Sie bitte die Gründe für eine zusätzliche beziehungsweise ausschließliche Gefährdung an: (maximal 300 Zeichen)

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

◯ Nein (weiter mit 56) ◯ Ja

55 In welcher Form (zum Beispiel Abmahnung, Fehlzeitengespräche) und aus welchen Gründen (bitte Nachweise beifügen, falls vorhanden)? (maximal 300 Zeichen)

56 Benötigen Sie die Gleichstellung zur Erlangung eines Arbeitsplatzes?

◯ Nein (weiter mit Abschnitt E. Unterschrift) ◯ Ja

57 Wurden Bewerbungsbemühungen bereits gestartet?

◯ Nein ◯ Ja

58 Haben Sie die Aussicht auf ein **neues** Arbeitsverhältnis/einen **neuen** Ausbildungsplatz?

- ◯ Nein (weiter mit Abschnitt E. Unterschrift)
- ◯ Ja, geplanter Einstellungstermin _____ (TT.MM.JJJJ)

59 Macht der Arbeitgeber die Einstellung von einer Gleichstellung abhängig?

◯ Nein ◯ Ja (bitte Bestätigung des Arbeitgebers beifügen)

Daten des neuen Arbeitgebers

60 Bezeichnung des Arbeitgebers

61 Straße | 62 Hausnummer | 63 Postleitzahl | 64 Ort

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner des Arbeitgebers

65 Vorname | 66 Nachname

67 Telefon (freiwillige Angabe)

68 Bitte geben Sie hier die Gründe an, weshalb Sie die Gleichstellung zur Erlangung eines Arbeitsplatzes benötigen. (maximal 500 Zeichen)

E. Unterschrift

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Eine Unterschrift ist nicht erforderlich bei elektronischer Antragstellung über: https://www.arbeitsagentur.de

69 Ort | 70 Datum | 71 Unterschrift

F. Zusatz für beschäftigte Antragstellerinnen/Antragsteller:

Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten zur Arbeitsplatzsituation beim Arbeitgeber und – soweit vorhanden – beim Betriebs-/Personalrat beziehungsweise bei einer sonstigen Vertretung nach § 176 SGB IX sowie bei der Schwerbehindertenvertretung.

Zu den Voraussetzungen der Gleichstellung gehört, dass Sie infolge Ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können. Dafür sind die in diesem Antrag angefragten Informationen erforderlich. Zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Gleichstellung erfolgt eine umfassende Sachverhaltsermittlung. Deshalb beabsichtigen wir, wenn Sie die Gleichstellung zum Behalten Ihres Arbeitsplatzes beantragen, mit Ihrer Einwilligung auch Ihren Arbeitgeber und – soweit vorhanden – Betriebs-/Personalrat beziehungsweise sonstige Vertretung nach § 176 SGB IX sowie die Schwerbehindertenvertretung zu Ihrer Arbeitsplatzsituation zu befragen, um diesbezüglich ergänzende Informationen einzuholen. Es handelt sich dabei um Fragen zur konkreten Situation am Arbeitsplatz, zu einer möglichen Gefährdung des Arbeitsplatzes sowie zum Arbeitsverhältnis (Vorliegen eines besonderen Kündigungsschutzes, einer Kündigung oder eines Aufhebungsvertrages). Ein Muster des Fragebogens wird Ihnen auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt.

Für diese Befragung benötigen wir Ihre vorherige Einwilligung. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind, Ihre Einwilligung zu erteilen, vielmehr ist die Erteilung Ihrer Einwilligung freiwillig. Dabei geben Sie Ihre Einwilligung für jede der unten genannten Stellen getrennt ab. Eine einmal erteilte Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

Erteilen Sie eine oder mehrere Einwilligungen nicht, könnte dies bei der weiteren Bearbeitung Ihres Antrags unter Umständen dazu führen, dass dann der maßgebliche Sachverhalt nicht im erforderlichen Umfang ermittelt werden kann. Dies kann unter den Voraussetzungen der §§ 60, 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) zu einer Versagung der Gleichstellung führen.

72 **Darf Ihr Arbeitgeber zu Ihrem Arbeitsverhältnis/zu Ihrer Arbeitsplatzsituation befragt werden?**

◯ Ja ◯ Nein (weiter mit 77)

Adresse der bei Ihrem Arbeitgeber für Personalangelegenheiten zuständigen Stelle, wenn abweichend von der bei den Feldern 29 bis 33 genannten Anschrift.

73 Straße	74 Hausnummer	75 Postleitzahl	76 Ort

77 Ist ein Betriebs-/Personalrat oder eine sonstige Vertretung nach § 176 SGB IX vorhanden?

◯ Ja ◯ Nein (weiter mit 83) ◯ unbekannt

78 **Darf der örtlich zuständige Betriebs-/Personalrat beziehungsweise die sonstige Vertretung nach § 176 SGB IX zu Ihrem Arbeitsverhältnis/zu Ihrer Arbeitsplatzsituation befragt werden?**

◯ Ja ◯ Nein (weiter mit 83)

Adresse, wenn abweichend von der des Arbeitgebers (Felder 29 bis 33).

79 Straße	80 Hausnummer	81 Postleitzahl	82 Ort

83 Ist eine Schwerbehindertenvertretung vorhanden?

◯ Ja ◯ Nein (weiter mit Abschnitt G. Unterschrift) ◯ unbekannt

84 **Darf die örtlich zuständige Schwerbehindertenvertretung zu Ihrem Arbeitsverhältnis/zu Ihrer Arbeitsplatzsituation befragt werden?**

◯ Ja ◯ Nein (weiter mit Abschnitt G. Unterschrift“)

Adresse, wenn abweichend von der des Arbeitgebers (Felder 29 bis 33).

85 Straße	86 Hausnummer	87 Postleitzahl	88 Ort

Diese Einwilligungserklärung können Sie jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Agentur für Arbeit widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt davon unberührt.

G. Unterschrift

Eine Unterschrift ist nicht erforderlich bei elektronischer Antragstellung über: https://www.arbeitsagentur.de

89 Ort	90 Datum	91 Unterschrift