

**Durchführung des Schwerbehindertenrechts nach SGB IX
Einschaltung des Integrationsamtes**

- gem. § 167 Abs. 1 SGB IX - Durchführung von Prävention**
 gem. § 167 Abs. 2 SGB IX - Durchführung von BEM

Bitte wählen Sie die entsprechende Adresse aus!

Thüringer Landesverwaltungsamt
 Integrationsamt

Bei Fragen zum Ausfüllen dieses Antrages wenden Sie sich bitte an das Integrationsamt.

Aktenzeichen _____
 Sachbearbeiter _____

1. Angaben zum Arbeitgeber		
_____	Für Rückfragen steht zur Verfügung	Telefon
	_____	_____
_____	E-Mail-Adresse	Fax
_____	_____	_____
Betriebsnummer	Rechtsform	
_____	_____	
Kontaktperson	Name und Telefonnummer sowie Adresse, falls abweichend vom Arbeitgeber	
Ansprechpartner für das Integrationsamt	_____	
Vorsitzende Betriebs-/Personalrat	_____	
Vertrauensperson der schwerbehind. Menschen	_____	
Arbeitssicherheitsfachkraft	_____	
Betriebsarzt	_____	
Inklusionsbeauftragter gem. § 181 SGB IX	_____	

2. Angaben zum Arbeitnehmer		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
_____	_____	
Anschrift		

der/die betroffene Arbeitnehmer/in		
<input type="checkbox"/> ist schwerbehindert, Grad der Behinderung _____	<input type="checkbox"/> hat Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt	
<input type="checkbox"/> ist gleichgestellt	<input type="checkbox"/> hat Antrag auf Gleichstellung gestellt	
Ursachen der Behinderung		
<input type="checkbox"/> eine Kriegsbeschädigung	<input type="checkbox"/> ein Arbeitsunfall	
<input type="checkbox"/> eine Wehrdienstbeschädigung	<input type="checkbox"/> eine Berufskrankheit	
<input type="checkbox"/> eine Internierung	<input type="checkbox"/> ein Unfall durch Fremdverschulden	
<input type="checkbox"/> ein Impfschaden	<input type="checkbox"/> eine Krankheit	
<input type="checkbox"/> eine Gewalttat	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	

3. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	
<input type="checkbox"/> Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist bei uns beschäftigt seit _____ mit einer Wochenarbeitszeit von _____ Std. tägliche Arbeitszeit: _____ <input type="checkbox"/> Vollzeit	
Arbeitsort, Adresse	Landkreis/kreisfreie Stadt
als <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> Sonstiges (ABM...)	
Tätigkeit: _____	
3.1. Angaben zu arbeitsmedizinischen Untersuchungen	
(nur bei gesundheitlich bedingten Problemen ausfüllen)	
<input type="checkbox"/> G 25 Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten <input type="checkbox"/> G 21 Kälte <input type="checkbox"/> G 20 Lärm <input type="checkbox"/> G 30 Hitzearbeiten <input type="checkbox"/> G 37 Bildschirmarbeitsplätze <input type="checkbox"/> G 41 Arbeiten mit Absturzgefahr	
3.2. Angaben zu vorliegenden Schwierigkeiten	
<input type="checkbox"/> betriebsbedingt <input type="checkbox"/> verhaltensbedingt <input type="checkbox"/> personenbedingt <input type="checkbox"/> fachlich bedingt <input type="checkbox"/> gesundheitlich bedingt <input type="checkbox"/> Begründung: _____ _____ _____ Wurde der IFD eingeschaltet? _____	

Wir versichern, die vorstehenden Angaben richtig, vollständig und nach bestem Wissen gemacht zu haben. Wir verpflichten uns, jede Änderung der in diesem Antrag enthaltenen Angaben zum Arbeitnehmer unverzüglich mitzuteilen

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen in Kopie bei:

- * Schwerbehindertenausweis/Gleichstellungsbescheid
- * Feststellungsbescheid über die anerkannte Schwerbehinderung gem. § 152 SGB IX
- * Arbeitsvertrag
- * Tätigkeitsbeschreibung
- * Gefährdungsanalyse des Arbeitsplatzes
- * ggf. vorhandene Aussagen des Betriebsarztes/Hausarztes/Kurberichte
- * ggf. vorliegender Rentenbescheid