

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**

Thüringer Landesverwaltungsamt
Integrationsamt
Karl-Liebknecht-Straße 4
98527 Suhl

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			
☐ ist schwerbehindert, Grad der Behinderung		☐ hat Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt	
☐ ist gleichgestellt		☐ hat Antrag auf Gleichstellung gestellt	
Ursachen der Behinderung			
☐ eine Kriegsbeschädigung		☐ ein Arbeitsunfall	
☐ eine Wehrdienstbeschädigung		☐ eine Berufskrankheit	
☐ eine Internierung		☐ ein Unfall durch Fremdverschulden	
☐ ein Impfschaden		☐ eine Krankheit	
☐ eine Gewalttat		☐ Sonstiges	

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