



3



# Antrag auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen

Nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (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 Ausländern bitte Frage 15 und gegebenenfalls 16 beantworten

15 Berechtigung zur Arbeitsaufnahme liegt vor?

Ja (Aufenthaltstitel bitte in Kopie beifügen)

Nein (weiter mit 16)

16 Berechtigung zur Arbeitsaufnahme nicht erforderlich, weil:



\*S1\*

## B. Angaben zum Grad der Behinderung

17 Der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) beträgt:

**i 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 bzw. des Jobcenters)

23 Straße                                      24 Hausnummer    25 Postleitzahl    26 Ort

### **Ansprechpartnerin/Ansprechpartner bei Agentur für Arbeit bzw. 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
<b>ständig</b>			
<b>überwiegend</b>			
<b>zeitweise</b>			

39 Weitere Arbeitsbedingungen (Mehrfachnennung ist möglich)

Zeitdruck (z. B. Akkord, Fließband)

Lärm

Nässe

Kälte

Hitze

Zugluft

Staub

Rauch

Gase

Dämpfe

Schmutz, hautbelastende Stoffe

Häufiges Bücken

Zwangshaltungen (z. B. Überkopfarbeit, Knien)

Häufiges Heben, Tragen ohne Hilfsmittel

auf Leitern, Gerüsten, in großer Höhe



\*S3\*

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?

43 Ich habe einen besonderen Kündigungsschutz (z. B. Mutterschutz, Betriebs- oder Personalratsmitglied, tariflicher oder gesetzlicher Kündigungsschutz)

Nein (weiter mit 45) Ja

44 Welchen besonderen Kündigungsschutz haben Sie?

## 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 am Ende des Antrages weitere Angaben machen.

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 am Ende des Antrages weitere Angaben machen.

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)



\*S4\*

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

52 Ist Ihr Arbeitsverhältnis aus anderen, nicht behinderungsbedingten Gründen (z. B. Rationalisierung – evtl. 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 bzw. ausschließliche Gefährdung an:

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

Nein (weiter mit 56)

Ja

55 In welcher Form (z. B. Abmahnung, Fehlzeitengespräche) und aus welchen Gründen?  
(bitte Nachweise beifügen, falls vorhanden)

56 Benötigen Sie die Gleichstellung zur Erlangung eines Arbeitsplatzes?

Nein (weiter mit Unterschrift - 69)

Ja

57 Wurden Bewerbungsbemühungen bereits gestartet?

Nein

Ja

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

Nein (weiter mit Unterschrift - 69)

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

## Ansprechpartner/in 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.

## Unterschrift

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Bei elektronischer Antragstellung über <https://www.arbeitsagentur.de> ist eine Unterschrift nicht erforderlich.

69 Ort

70 Datum

71 Unterschrift

## Zusatz für beschäftigte Antragstellerinnen bzw. Antragsteller:

**Einwilligungserklärung** zur Erhebung von Daten zur Arbeitsplatzsituation beim Arbeitgeber und – soweit vorhanden – beim Betriebs-/Personalrat bzw. 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 bzw. 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 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) zu einer Versagung der Gleichstellung führen.



\*S6\*

**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 bzw. 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 Unterschrift - 89)                      unbekannt

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

Ja                      Nein (weiter mit Unterschrift - 89)

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.

**Unterschrift**Bei elektronischer Antragstellung über <https://www.arbeitsagentur.de> ist eine Unterschrift nicht erforderlich.

89 Ort

90 Datum

91 Unterschrift



Dieses Blatt bitte nur ausfüllen, wenn Sie bei den Fragen 45 oder bei Frage 47 weiteren Platz benötigen.

Fortsetzung Punkt 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)

Fortsetzung Punkt 47: Bitte nachfolgend jeweils die Dauer der Fehlzeit angeben sowie die Art der Ausfallursache ankreuzen.

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

