

Kontaktformular zur Prävention und zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement

Ihre Angaben sind erforderlich, um das Präventionsverfahren/Betriebliche Eingliederungsmanagement unter Beteiligung des Integrationsamtes durchzuführen. Alle Mitarbeiter/innen des Integrationsamtes sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Daten werden gegebenenfalls an Dritte übermittelt. Beachten Sie dazu die unten stehenden Hinweise zum Datenschutz.

Wählen Sie bitte den zuständigen Regionalbereich aus.

Landesamt für Soziales, Jugend
und Gesundheit Sachsen-Anhalt
-Integrationsamt-
Maxim-Gorki-Str. 7
06114 Halle (Saale)

Ansprechpartner/in beim Arbeitgeber

Telefon

Fax

E-Mail

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ oder ausfüllen!

Fax 0345 514 1444

Aktenzeichen des Integrationsamtes

1. Allgemeine Angaben

1.1 Antragsteller/in (Arbeitgeber/in)

Betriebsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

Firma, Name

Anschrift des Unternehmens (Hauptsitz)

1.2 Betriebsrat/Personalrat ist vorhanden

☐

nein

☐

ja

Name des Vorsitzenden/der Vorsitzenden

Telefon (freiwillige Angabe)

Telefax (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

ggf. abweichende Anschrift

1.3 Schwerbehindertenvertretung ist vorhanden

☐

nein

☐

ja

☐

örtlich

☐

überörtlich

Falls im Beschäftigungsbetrieb keine Schwerbehindertenvertretung gewählt ist, geben Sie bitte (falls vorhanden) die Kontaktdaten der Gesamt-, Bezirks-, Haupt- oder Konzernschwerbehindertenvertretung an.

Name der Vertrauensperson

Telefon (freiwillige Angabe)

Telefax (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

ggf. abweichende Anschrift

2. Angaben zur/zum betreffenden Beschäftigten

Name, Vorname		Geburtsdatum					
Anschrift/ Telefon	Straße, Hausnummer		Telefon				
	PLZ <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Wohnort
Der/die betreffende Beschäftigte ist ☐ gleichgestellt ☐ anerkannt ☐ schwerbehindert							
		Grad der anerkannten Behinderung (GdB) <table><tr><td></td></tr></table>					
Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von		Datum <table><tr><td></td></tr></table>		bis Datum <table><tr><td></td></tr></table>			
☐ Ein Antrag auf Feststellung einer Schwerbehinderung/Gleichstellung wurde gestellt		Datum <table><tr><td></td></tr></table>					
bei		<table><tr><td></td></tr></table>					
Der/die betreffende Beschäftigte bezieht eine Rente ☐ nein ☐ ja		beantragt am: Datum <table><tr><td></td></tr></table>					
Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)		Rentenart <table><tr><td></td></tr></table>					

3. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

☐ Arbeitnehmer/in ☐ Beamter/Beamtin

Beschreibung der Tätigkeit (bitte ggf. schriftliche Tätigkeitsbeschreibung beifügen)

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit, mit

--

 von

--

 Stunden

beschäftigt seit

--

als

--

Die Einstellung bzw. der Arbeitsplatz wurde/wird mit öffentlichen Mitteln gefördert

☐ nein ☐ ja, durch

--

Es besteht Kontakt zum Integrationsfachdienst

☐ nein ☐ ja,

--

4. Schwierigkeiten im Beschäftigungsverhältnis

Bitte schildern Sie die auftretenden Schwierigkeiten, die zur Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses führen können und fügen Sie ggf. Nachweise bei (z. B. amtsärztliche Zeugnisse, Unterlagen zu einem durchgeführten Eingliederungsverfahren)

5. Datenschutz

Ich willige ein, dass

die von mir in diesem Kontaktformular und im Laufe des Verfahrens gemachten Angaben (samt Anlagen) über Betriebs- und Geschäftsverhältnisse zur Stellungnahme an den Beschäftigten/die Beschäftigte, den Betriebs-/Personalrat, die Schwerbehindertenvertretung und an den Integrationsfachdienst weitergeleitet werden, soweit dies erforderlich sein sollte (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X).

Ich kann dieser Datenschutzübermittlung jederzeit formlos widersprechen.

☐

ja

☐

ja, mit folgenden Einschränkungen:

☐

nein

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- mir die Einwilligung frei steht,
- ich meine Einwilligung jederzeit gegenüber dem Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt - Integrationsamt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und
- Verweigerung und Widerruf der Einwilligung zur Folge haben können, dass das Präventionsverfahren/ Betriebliche Eingliederungsmanagement alleine deshalb ohne Erfolg bleibt.

Ort, Datum

Unterschrift

Eingaben entfernen