

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.

Ansprechpartner/in beim Arbeitgeber

Telefon

Fax

E-Mail

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

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

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