

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Abteilung Soziales
Dezernat Inklusionsamt
Blücherstraße 1
18055 Rostock

-Dieses Dokument können Sie mit [Cryptshare](#) senden-

Zentrale E-Mail-Adresse: ina.kuendigungsschutz@lagus.mv-regierung.de

Kontaktformular zur Einleitung eines Präventionsverfahrens bzw. zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)

1. Antragstellerin/Antragsteller

Name des Beschäftigungsbetriebes	
Anschrift	
Ansprechpartner/in für das Verfahren	Telefon
E-Mail	
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen	Telefon
E-Mail	
Betriebs-/Personalratsvorsitzende(r)	Telefon
E-Mail	

2. Betroffene Person

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefon

Die/Der Betroffene

ist Schwerbehinderte(r)

ist Gleichgestellte(r)

hat beim Versorgungsamt Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt

hat bei der Agentur für Arbeit Antrag auf Gleichstellung gestellt

Der Grad der Behinderung beträgt _____

Beginn der Tätigkeit/Arbeitsvertrag vom	
ausgeübte Tätigkeit	
Vollzeitbeschäftigung mit	Wochenstunden
Teilzeitbeschäftigung mit	Wochenstunden

3. Schwierigkeiten im Beschäftigungsverhältnis

Wenn Sie weitere Informationen zur Prävention und Betrieblichem Eingliederungsmanagement wünschen, können Sie sich informieren unter:

<https://www.bih.de/integrationsaemter/themen-kompakt/praeventionsverfahren-und-bem>

Die Beteiligung an welchem Verfahren wird gewünscht?

Präventionsverfahren (§ 167 Absatz 1 SGB IX)

Betriebliches Eingliederungsmanagement (§ 167 Absatz 2 SGB IX)

Bitte schildern Sie die aufgetretenen Schwierigkeiten, die zur Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses führen können und fügen Sie ggf. Nachweise bei (z. B. amtsärztliches Gutachten, Unterlagen zu einem durchgeführten Eingliederungsverfahren o. ä.)

Wurden bereits Gespräche geführt oder Maßnahmen vereinbart?

Es wurde bereits zuvor beim Inklusionsamt ein Verfahren zu diesem Arbeitsverhältnis durchgeführt.
(Angabe des Aktenzeichens _____)

Es besteht Kontakt zu anderen Leistungsträgern.

Es besteht Kontakt zum Integrationsfachdienst.

Es besteht Kontakt zu den Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber.

4. 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 bzw. die Beschäftigte, den Betriebs-/Personalrat, die Schwerbehindertenvertretung und an den Integrationsfachdienst weitergeleitet werden, soweit dies erforderlich sein sollte (§ 69 Absatz 1 Nr. 1 SGB IX i. V. m. § 76 Absatz 2 SGB IX). Ich kann dieser Datenübermittlung jederzeit formlos widersprechen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- mir die Einwilligung freisteht,
- ich meine Einwilligung jederzeit gegenüber dem Landesamt für Gesundheit und Soziales, Abteilung Soziales, Dezernat Inklusionsamt, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und
- die Verweigerung und der Widerruf der Einwilligung zur Folge haben können, dass das Präventionsverfahren bzw. das Betriebliche Eingliederungsmanagement alleine deshalb ohne Erfolg bleibt.

Ort/Datum	Funktion	Name, Vorname und Unterschrift vertretungsberechtigte Person für Antragstellerin/Antragsteller

Von der Arbeitnehmerin bzw. dem Arbeitnehmer zu unterschreiben, für die bzw. den das Präventionsverfahren bzw. das Betriebliche Eingliederungsmanagement durchgeführt werden soll!

Name, Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	

Einverständniserklärung

Diese Einverständniserklärung gebe ich für die Durchführung des Präventionsverfahren bzw. des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gemäß § 167 SGB IX, das auf Grund der Kontaktaufnahme meines Arbeitgebers eingeleitet wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales, Dezernat Inklusionsamt

1. meine Gesundheitsdaten gemäß Artikel 9 DSGVO verarbeiten darf,
2. Einsicht in meine Akten, die bei dem für mich zuständigen Versorgungsamt geführt werden, nimmt und/oder von dort Unterlagen anfordert,
3. nur die Daten über meine persönlichen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse in einer automatisierten Datei (Fachverfahren des Inklusionsamtes) speichert, die für das Präventionsverfahren bzw. das betriebliche Eingliederungsmanagement erforderlich sind.

Für die Durchführung des Verfahrens kann es erforderlich sein, den Integrationsfachdienst zu beteiligen (§ 192 SGB IX). Die Integrationsfachdienste können zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen bzw. schwerbehinderten Menschen gleichgestellte Personen am Arbeitsleben beteiligt werden, indem sie den schwerbehinderten Menschen bzw. diesen gleichgestellten Personen beraten, unterstützen und auf geeignete Arbeitsplätze vermitteln und die Arbeitgeber informieren, beraten und ihnen Hilfe leisten (§ 193 SGB IX).

Daher bin ich weiter damit einverstanden, dass

1. meine persönlichen und gesundheitlichen und wirtschaftlichen Daten an den Integrationsfachdienst weitergegeben werden,
2. nur die Daten über meine persönlichen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse in einer automatisierten Datei (Fachverfahren des Integrationsfachdienstes) gespeichert werden, die für das Verwaltungsverfahren erforderlich sind.

Ich nehme zur Kenntnis,

1. dass ich diese Einwilligung verweigern darf oder einzelne Angaben von der Offenbarung ausnehmen kann,
2. dass im Falle einer Verweigerung des Einverständnisses das Verfahren ohne Erfolg bleibt.

Die Informationen nach Artikel 13, 14 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift