

Aktenzeichen (vom ZBFS-Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

## Kontaktformular zur Prävention / zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement

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

<b>A Antragsteller/in (Arbeitgeber/in)</b>	
Firma	
Betriebsnummer	
Anschrift des Unternehmens (Hauptsitz)	
<b>Ansprechpartner/in</b>	
Name, Vorname	
Telefon	Telefax <small>(freiwillige Angabe)</small>
E-Mail-Adresse <small>(freiwillige Angabe)</small>	ggf. eigenes Geschäftszeichen <small>(freiwillige Angabe)</small>
<b>Betriebsrat/Personalrat ist vorhanden</b>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name des Vorsitzenden/ der Vorsitzenden
	Telefon <small>(freiwillige Angabe)</small> Telefax <small>(freiwillige Angabe)</small>
	E-Mail-Adresse <small>(freiwillige Angabe)</small>
	ggf. abweichende Anschrift
<b>Schwerbehindertenvertretung ist vorhanden</b> Falls im Beschäftigungsbetrieb keine Schwerbehindertenvertretung gewählt ist, geben Sie bitte (falls vorhanden) die Kontaktdaten der Gesamt-, Bezirks-, Haupt- oder Konzernschwerbehindertenvertretung an.	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name der Vertrauensperson
<input type="checkbox"/> örtlich	Telefon <small>(freiwillige Angabe)</small> Telefax <small>(freiwillige Angabe)</small>
<input type="checkbox"/> überörtlich	E-Mail-Adresse <small>(freiwillige Angabe)</small>
	ggf. abweichende Anschrift

**B Betroffene/r Beschäftigte/r**

Nachname

Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Ggf. Kontaktdaten des/  
der rechtlichen Betreu-  
ers/Betreuerin**Behinderung (soweit bekannt)**Anerkannte  
Schwerbehinderung

nein

ja

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

Einem schwerbehinderten  
Menschen gleichgestellt

nein

ja

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

Hat erst am \_\_\_\_\_ Antrag auf Feststellung einer Behinderung/Gleichstellung bei \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ gestellt.

Derzeit arbeitsunfähig

nein

ja, seit \_\_\_\_\_

**C 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, \_\_\_\_\_

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

**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 Datenübermittlung 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 Zentrum Bayern Familie und Soziales – Region \_\_\_\_\_
  - Inklusionsamt, 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



## Hinweise zum Datenschutz Präventionsverfahren/BEM-Verfahren

### Aktenzeichen:

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) verantwortlich.

#### Die Angaben, die Sie

- in diesem Formular sowie
- im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes, z.B. Technischer Beratungsdienst) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen, brauchen wir, um uns an dem von Ihnen eingeleiteten Präventionsverfahren/BEM-Verfahren zu beteiligen. Die Rechtsgrundlagen dafür sind §§167 Abs.1 oder Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch.

Sollte sich später ein Kündigungsschutzverfahren anschließen, werden wir diese Daten im erforderlichen Umfang auch dafür verwenden.

**Ihre Angaben sind freiwillig.** Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir im Verfahren keine oder keine ausreichende Unterstützung sicherstellen.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form in einem staatlichen Rechenzentrum des Freistaates Bayern. Möglicherweise werden wir den Integrationsfachdienst oder Ärzte außerhalb des ZBFS beauftragen, ein Gutachten bzw. einen Bericht zu erstellen. Der Arzt bzw. der Integrationsfachdienst erhält dann die erforderlichen Unterlagen und ist zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

**Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen.** Die Daten werden daher fünf Jahre nach dem Zeitpunkt gelöscht, zu dem die Unterstützung des Inklusionsamtes in diesem Verfahren endet.

#### Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.

- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens werden wir andere **Personen und Stellen** um Übermittlung von Daten bitten, und zwar werden wir die/den Beschäftigte/n, die in § 176 SGB IX genannten Vertretungen und die Schwerbehindertenvertretung, die Sie im Kontaktformular angegeben haben, sowie ggf. den Integrationsfachdienst anschreiben. Wir werden sie um Stellungnahme bitten.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, 95440 Bayreuth
- per Telefon: 0921 605-03
- per Telefax: 0921 605-3903
- per E-Mail: Poststelle@zbfs.bayern.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des ZBFS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Datenschutzbeauftragter, 95440 Bayreuth
- per E-Mail: Datenschutzbeauftragter@zbfs.bayern.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch an den **Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz** wenden.

**Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.**

**Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das ZBFS zurück.**