

# Bestellung zum Inklusionsbeauftragten

gemäß § 181 SGB IX

## Unternehmen:

## Arbeitnehmer:

Name:

geboren:

Wohnort:

In Ergänzung zu Ihrem Arbeitsvertrag vom \_\_\_\_\_ bestellen wir Sie hiermit gemäß § 181 SGB IX  
zur/zum **Inklusionsbeauftragten**.

## Als Inklusionsbeauftragte/r sind Sie aufgefordert:

- den Arbeitgeber in Angelegenheiten schwerbehinderter Menschen zu vertreten
- zu überwachen, dass der Arbeitgeber seinen gesetzlichen Verpflichtungen gegenüber schwerbehinderten Menschen nachkommt
- insbesondere darauf zu achten, dass die Beschäftigungspflichtquote hinsichtlich Schwerbehinderter bzw. Gleichgestellter erfüllt wird (§ 154 SGB IX)
- zu prüfen, ob freie Arbeitsplätze mit Schwerbehinderten besetzt werden können (§ 164 Abs. 1 SGB IX) und dafür Sorge zu tragen, dass schwerbehinderte Menschen möglichst behindertengerecht beschäftigt werden (§ 164 Abs. 4 SGB IX)
- nach außen als Ansprechpartner auf Arbeitgeberseite für Behörden, insbesondere für das Integrationsamt und die Agentur für Arbeit zu fungieren (§ 182 Abs. 2 SGB IX)

Wir bitten Sie, zum Zeichen Ihres Einverständnisses, die beigefügte Zweitschrift zu unterschreiben und an die Personalabteilung zurückzugeben. Das Original behalten Sie bitte bei Ihren Unterlagen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Geschäftsleitung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Inklusionsbeauftragte/r

