

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

