

Mitteilung an die Bezirksschwerbehindertenvertretung gemäß § 178 Abs. 2 SGB IX

Name, Vorname: Geburtsdatum: Wohnanschrift: Dienststelle:		Personalverwaltende Dienststelle: Az.:
<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Unterrichtsstunden/Woche		Bearbeiter/in: _____
Beteiligung <input type="checkbox"/> Bewerbung/Einstellung/Eingruppierung <input type="checkbox"/> Abordnung (Kopie Formblatt) <input type="checkbox"/> Versetzung (Kopie Formblatt) <input type="checkbox"/> Änderung des Beschäftigungsumfangs <input type="checkbox"/> Höhergruppierung/Rückgruppierung <input type="checkbox"/> Übertragung einer Funktionsstelle <input type="checkbox"/> Ablehnung der Fortbildung/Weiterbildung <input type="checkbox"/> Beendigung nach § 175 SGB IX <input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> Sonstiges		Information <input type="checkbox"/> Feststellung GdB/Verlängerung (Kopie SB-Ausweis/Bescheid) <input type="checkbox"/> Gleichstellung (Kopie Bescheid) <input type="checkbox"/> Gewährung/Änderung Ermäßigungsstunden (Kopie Mitteilung LaSuB) <input type="checkbox"/> Wegfall der SB-Eigenschaft <input type="checkbox"/> Änderungen (Anschrift, Name usw.) <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <input type="checkbox"/> Beendigung durch Auflösungsvertrag/ Altersrente <input type="checkbox"/> Sonstiges

Erläuterung/Begründung:

mit Wirkung vom: _____

befristet bis: _____

Unterlagen in der Anlage zum Verbleib

mit der Bitte um Rückgabe

Datum: _____

Unterschrift: _____

Äußerung der Schwerbehindertenvertretung:

Kenntnisnahme erfolgt

Stellungnahme

Datum: _____

Unterschrift: _____