

Aktenzeichen (vom Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Amt für Versorgung und Inklusion Bremen  
 -Inklusionsamt-  
 Doventorscontrescarpe 172 D  
 28195 Bremen

## Einschaltung des Inklusionsamtes im Rahmen eines Präventionsverfahrens nach § 167 Abs. 1 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

### A Arbeitgeber/in

Firma	
Anschrift	
Ansprechperson	
Telefon	
E-Mail	
Betriebs-/ Personalrat	<input type="checkbox"/> ist vorhanden <input type="checkbox"/> wurde nicht gewählt
Schwerbehindertenvertretung	<input type="checkbox"/> ist vorhanden <input type="checkbox"/> wurde nicht gewählt

### B schwerbehinderte / gleichgestellte beschäftigte Person

Name, Vorname	
Anschrift	
gesetzliche Betreuung oder Vertretung (falls vorhanden)	
Geburtsdatum	
Grad der Behinderung (GdB)	
Gleichstellung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Art der Behinderung, falls bekannt	

**Bitte legen Sie dem Formular eine Kopie vom Schwerbehindertenausweis beziehungsweise Gleichstellungsbescheid bei, soweit bei Ihnen vorhanden.**

**C      Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

beschäftigt seit			
beschäftigt als			
in <input type="checkbox"/> Vollzeit	in <input type="checkbox"/> Teilzeit, mit	von	Wochenstunden
Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit			

**D      Schwierigkeiten im Beschäftigungsverhältnis**

Bitte schildern Sie die Schwierigkeiten, die das Beschäftigungsverhältnis gefährden könnten.  
(bei Bedarf auf separatem Blatt ergänzen, gegebenenfalls Nachweise beifügen)

## **E Erklärungen und Unterschrift**

### **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.

### **Ich nehme zur Kenntnis, dass**

- mir die Einwilligung freisteht,
- ich meine Einwilligung jederzeit gegenüber dem AVIB-Inklusionsamt mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und
- Verweigerung und Widerruf der Einwilligung zur Folge haben können, dass das Verfahren alleine deshalb ohne Erfolg bleibt.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name und Funktion des Unterzeichnenden

## **F Datenschutz**

Ich bestätige, dass ich die Hinweise zum Datenschutz auf der folgenden Seite gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Hinweise zum Datenschutz

## Präventionsverfahren / Betriebliches Eingliederungsmanagement

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

Für dieses Formular ist das Amt für Versorgung und Inklusion Bremen (AVIB) verantwortlich.

Die Angaben, die Sie

- in diesem Formular sowie
- im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber uns

machen, benötigen wir, um uns an dem von Ihnen eingeleiteten Verfahren zu beteiligen. Die Rechtsgrundlagen dafür sind § 167 Abs. 1 oder 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 elektronisch und in Papierform.

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 Antrags werden wir möglicherweise andere Personen und Stellen um Übermittlung von Daten bitten, z.B. die Interessenvertretungen oder den Integrationsfachdienst.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

Amt für Versorgung und Inklusion Bremen  
-Inklusionsamt-

Doventorscontrescarpe 172 D

28195 Bremen

Tel.: 0421 361 5541

Fax: 0421 361 5326

E-Mail: [office.inklusionsamt@avib.bremen.de](mailto:office.inklusionsamt@avib.bremen.de)

behördliche Datenschutzbeauftragte des AVIB:

Frau Marion Bünning

Tel.: 0421 361 5230

E-Mail: [marion.buenning@avib.bremen.de](mailto:marion.buenning@avib.bremen.de)

Bei Beschwerden können Sie sich auch wenden an:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Herr Dr. Timo Utermark

Arndtstraße 1

27570 Bremerhaven

Tel.: 0421 361 2010 oder 0471 5962010

Fax: 0421 49618495

E-Mail: [office@datenschutz.bremen.de](mailto:office@datenschutz.bremen.de)

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