

# Bewerbung Hessischer Landespreis



An die  
HA Hessen Agentur GmbH  
Innovations- und  
Nachhaltigkeitsprojekte  
Frau Dr. Gerner  
Konradinallee 9  
65189 Wiesbaden

**E-Mail:** [landespreis-beschaeftigung@hessen-agentur.de](mailto:landespreis-beschaeftigung@hessen-agentur.de)

**Fax:** 06 11 / 95017 - 8620

**Tel. für Rückfragen:** 06 11 / 95017 - 8626

## BETRIEB:

**Kontaktdaten Ihres Unternehmens für Rückfragen:**

Name des Betriebes:		
Ansprechpartner:		
Adresse (Straße/Hausnr./PLZ/Ort):		
Telefon und Fax:		
E-Mail:		

**Wirtschaftszweig/Branche:** \_\_\_\_\_

Sind Sie ein **privatwirtschaftliches Unternehmen?** \*)

(d. h. Sie sind z. B. keine Dienststelle des öffentlichen Dienstes  
und kein Inklusionsunternehmen nach § 215 SGB IX)

**Ja** **Nein**

Unterliegen Sie einer **Tarifbindung** bzw. werden **ortsübliche Gehälter** gezahlt?

## BESCHÄFTIGUNG:

(bitte jeweils nur auf den **Standort** bezogen antworten)

1. Aktuelle Anzahl der **Beschäftigten:** \_\_\_\_\_

(ohne Praktikanten, Probe- oder geringfügig Beschäftigte)

2. davon aktuell beschäftigte **schwerbehinderte bzw. gleichgestellte Mitarbeiter/innen:**

(mit einer Arbeitszeit von mind. 18 Stunden pro Woche)

**weiblich:** \_\_\_\_\_ **männlich:** \_\_\_\_\_ **insgesamt:** \_\_\_\_\_

3. **Sozialversicherungspflichtige Neueinstellungen von Menschen mit Behinderungen** im Vorjahr bis  
jetzt: \_\_\_\_\_

4. **Beschäftigungsquote** nach § 154 SGB IX in %:

aktuell: \_\_\_\_\_ letztes Jahr: \_\_\_\_\_ vorletztes Jahr: \_\_\_\_\_

\*) Bewerben können sich Unternehmen, die  
- buchführungspflichtig im Sinne des Gesellschaftsrechts und  
- vorsteuerabzugsberechtigt sind,  
- nicht ausschließlich hoheitliche Tätigkeiten erfüllen und  
- erwerbswirtschaftliche Ziele verfolgen.

5. Aktuelle Anzahl der schwerbehinderten beschäftigten **Auszubildenden**: \_\_\_\_\_  
davon **weiblich**: \_\_\_\_\_ **männlich**: \_\_\_\_\_
6. Welche Arten von **Behinderungen** kommen bei Ihren Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen im Unternehmen vor?
- Körperliche Behinderung
  - Geistige Behinderung
  - Sinnesbehinderung
  - Psychische Behinderung
  - Sonstiges (z. B. „besonders betroffene Beschäftigte“ nach § 155 SGB IX):
- 

7. Bieten Sie schwerbehinderten Menschen regelmäßig die Möglichkeit von:
- |   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Probebeschäftigung                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Praktika ( <b>ohne</b> Schul-/Studentenpraktika)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte angeben wie oft Sie diese Maßnahmen im Jahr ermöglichen:

---

### BETRIEBLICHE INTEGRATIONSPOLITIK UND UNTERNEHMENSPHILOSOPHIE

8. Ist Ihr Betrieb **barrierefrei** gestaltet?
- Wenn Ja, in welchen Bereichen:
- |  |  |
|--|--|
| Auffindbarkeit und Zugang zum Gebäude <input type="checkbox"/> | Das Gebäude selbst (z. B. sanitäre Anlagen) <input type="checkbox"/> |
| Barrierefreiheit im Kundenbereich <input type="checkbox"/>     | Barrierefreiheit im Mitarbeiterbereich <input type="checkbox"/>      |
- Weitere Besonderheiten: \_\_\_\_\_
- 

9. a) Gibt es in Ihrem Unternehmen eine **Interessenvertretung für die schwerbehinderten Mitarbeiter/innen** (Schwerbehindertenvertretung)?
- b) Gibt es in Ihrem Unternehmen einen Betriebsrat?

10. Haben Sie **besondere Maßnahmen** ergriffen, um die Teilhabe schwerbehinderter Mitarbeiter/innen zu fördern?
- (z. B. Integrationsvereinbarung nach § 166 SGB IX, Präventionskonzepte, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, sonstige innerbetriebliche Maßnahmen)
- Wenn Ja, bitte benennen und (wenn möglich) als Anlage beifügen:
- 
- 

11. a) Bieten Sie in Ihrem Betrieb **Schulungs-/Qualifizierungsmaßnahmen** zu den Themen Teilhabe/Behinderung/Barrierefreiheit an?
- Wenn Ja, für welchen Personenkreis?
- |   |   |   |
|---|---|---|
| Alle Mitarbeiter <input type="checkbox"/> | Individuell für die schwerbehinderten Menschen <input type="checkbox"/> | Führungskräfte <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|
- b) Erfolgen im Hinblick auf Diversity / Inklusion Maßnahmen in Ihrem Unternehmen?
- Bei **Ja**, bitte Qualifizierungsmaßnahmen zu a) und b) auflisten (wenn möglich, als Anlage beifügen):
- 
- 

12. (**Nur auszufüllen, wenn Frage 5 bejaht wurde**)
- Gibt es in Ihrem Unternehmen besondere **Unterstützungen und Förderungen für schwerbehinderte Auszubildende** (z. B. Fortbildungen)? **Ja** **Nein**

