

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

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)

- Aktuelle Anzahl der **Beschäftigten**: _____
(ohne Praktikanten, Probe- oder geringfügig Beschäftigte)
- davon aktuell beschäftigte **schwerbehinderte bzw. gleichgestellte Mitarbeiter/innen**:
(mit einer Arbeitszeit von mind. 18 Stunden pro Woche)
weiblich: _____ **männlich**: _____ **insgesamt**: _____
- Sozialversicherungspflichtige Neueinstellungen von Menschen mit Behinderungen** im Vorjahr bis
jetzt: _____
- 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:
- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Probebeschäftigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Praktika (ohne 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 ☐ Individuell für die schwerbehinderten Menschen ☐ Führungskräfte ☐

b) Erfolgen im Hinblick auf Diversity / Inklusion Maßnahmen in Ihrem Unternehmen? ☐ ☐

Bei **Ja**, bitte Qualifizierungsmaßnahmen zu a) und b) aufführen (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**
☐ ☐

- Name der Werkstatt: _____ Umfang: _____

- c) Haben Sie in den letzten fünf Jahren Menschen mit Behinderungen aus der Werkstatt in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis in ihr Unternehmen übernommen? ☐ ☐

- Sonstige ☐ (wenn ja, welche?: _____)

- Wenn Ja, wofür?:

- (Bitte führen Sie hier positive Eingliederungsbeispiele - möglichst anonymisiert, z. B. Frau X. - für eine erfolgreiche Teilhabe schwerbehinderter Mitarbeiter/innen aus Ihrem Betrieb auf. Sofern besondere Aufwendungen im Sinne des SGB IX gewährt werden, können diese hier ebenfalls aufgeführt werden. Ebenso können Sie an dieser Stelle schildern, inwiefern Sie bei der Anpassung behindertengerechter Arbeitsplätze oder bei benötigten Beratungen mit den zuständigen Institutionen zusammenarbeiten. Gerne können Sie Ihre **positiven Fallbeispiele** auch in einer gesonderten Anlage näher beschreiben und auch mit entsprechenden Nachweisen belegen, die Sie sodann bitte ebenfalls als **Anlage** beifügen.)

[illegible]

Unterschrift und Firmenstempel