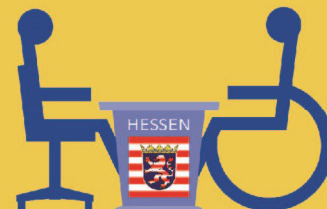


Bewerbung Hessischer Landespreis



An
Hessisches Ministerium für
Soziales und Integration
Frau Meike Berghöfer
Sonnenberger Str. 2/2A
65193 Wiesbaden

FRIST: 30.06.2021

E-Mail: landespreis-beschaeftigung@hsm.hessen.de

Fax: 0611 / 32 7193110

Tel. für Rückfragen: 06 11 / 3219 - 3110

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: _____
- Aktuelle Anzahl der schwerbehinderten beschäftigten **Auszubildenden**: _____
davon **weiblich**: _____ **männlich**: _____

*) Bewerben können sich Unternehmen, die

- buchführungspflichtig im Sinne des Gesellschaftsrechts und
- vorsteuerabzugsberechtigt sind,
- nicht ausschließlich hoheitliche Tätigkeiten erfüllen und
- erwerbswirtschaftliche Ziele verfolgen.

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:

- Probebeschäftigung
- Praktika (**ohne** Schul-/Studentenpraktika)?

Ja **Nein**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn Ja, in welchen Bereichen:

Auffindbarkeit und Zugang zum Gebäude ☐

Das Gebäude selbst (z. B. sanitäre Anlagen) ☐

Barrierefreiheit im Kundenbereich ☐

Barrierefreiheit im Mitarbeiterbereich ☐

Weitere Besonderheiten: _____

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

b) Gibt es in Ihrem Unternehmen einen Betriebsrat?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

10. Haben Sie **besondere Maßnahmen** ergriffen, um die Teilhabe schwerbehinderter Mitarbeiter/innen zu fördern?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(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?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wenn Ja, für welchen Personenkreis?

Alle Mitarbeiter ☐

Individuell für die schwerbehinderten Menschen ☐

Führungskräfte ☐

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

<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Ja, bitte benennen und (wenn möglich) als Anlage beifügen:

- [illegible]