

Verzeichnis der Schwerbehinderten (SB) und Gleichgestellten (GL) im Kalenderjahr 2020

Schule:			
Straße, PLZ, Ort:			
Tel.:		Identifikationsnummer:	
Fax:			
E-Mail:		Schulnummer:	
Ansprechpartner/in:			

Name:		Geb.datum:	
Vorname:		Wohnort:	
		Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
Dienstbeginn an <u>dieser</u> Schule:		Art der Tätigkeit:	
Wechsel <u>von</u> einer anderen Schule/Behörde in 2020 : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von ...			
ausgeschieden in 2020 : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: ...		Grund: <input type="checkbox"/> Altersrente/Pension <input type="checkbox"/> Abordnung (zählt weiter an dieser Schule) <input type="checkbox"/> Versetzung an (zählt dort) <input type="checkbox"/>	
Regelstunden pro Woche lt. Vertrag/Genehmigung:		<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/-er <input type="checkbox"/> Honorarkraft	
Altersteilzeit: nein ja: Teilzeitmodell mit dauerhaft reduz. WStd. bis (immer ausfüllen!) <input type="checkbox"/> Blockmodell mit Freistellungsphase vom ... bis ... gleichwertiger Ersatz für <u>diese</u> Person: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab ...			
Grad der Behinderung: %			
GL (ab 30% bis unter 50%) <small>(nur aufführen/zählt nur, wenn Bescheid vom Arbeitsamt vorliegt)</small>		SB (ab 50%)	
Arbeitsamt/Agentur für Arbeit (Ort):		Amt für Soziales/Versorgungsamt (Ort):	
Az. Gleichstellungsbescheid:		Az. Feststellungsbescheid o. Ausweis:	
Kopie liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Kopie liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
gültig ab (<u>nicht</u> Ausstellungsdatum!):		gültig ab (<u>nicht</u> : Ausstellungsdatum!):	
befristet bis: <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> unbefristet		befristet bis: <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> unbefristet	

Name:		Geb.datum:	
Vorname:		Wohnort:	
		Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
Dienstbeginn an <u>dieser</u> Schule:		Art der Tätigkeit:	
Wechsel <u>von</u> einer anderen Schule/Behörde in 2020 : <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von ...			
ausgeschieden in 2020 : nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: ...		Grund: <input type="checkbox"/> Altersrente/Pension <input type="checkbox"/> Abordnung (zählt weiter an dieser Schule) <input type="checkbox"/> Versetzung an (zählt dort) <input type="checkbox"/>	
Regelstunden pro Woche lt. Vertrag/Genehmigung:		<input type="checkbox"/> Tarifbeschäftigte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/-er <input type="checkbox"/> Honorarkraft	
Altersteilzeit: nein ja: Teilzeitmodell mit dauerhaft reduz. WStd. bis (immer ausfüllen!) <input type="checkbox"/> Blockmodell mit Freistellungsphase vom ... bis ... gleichwertiger Ersatz für <u>diese</u> Person: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab ...			
Grad der Behinderung: %			
GL (ab 30% bis unter 50%) <small>(nur aufführen/zählt nur, wenn Bescheid vom Arbeitsamt vorliegt)</small>		SB (ab 50%)	
Arbeitsamt/Agentur für Arbeit (Ort):		Amt für Soziales/Versorgungsamt (Ort):	
Az. Gleichstellungsbescheid:		Az. Feststellungsbescheid o. Ausweis:	
Kopie liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Kopie liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
gültig ab (<u>nicht</u> Ausstellungsdatum!):		gültig ab (<u>nicht</u> : Ausstellungsdatum!):	
befristet bis: <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> unbefristet		befristet bis: <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> unbefristet	

Erklärung: Hiermit erkläre ich, dass die in dem Verzeichnis und der Anzeige (2. Seite) gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Ein Abgleich mit den Übersichten des Vorjahres ist erfolgt.
 Eine Ausfertigung wurde der zuständigen Vertrauensfrau bzw. dem Vertrauensmann der Schwerbehinderten zugeleitet.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel