

# Bewerbung

# Hessischer Landespreis

Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderungen



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

**E-Mail:** [landespreis-beschaefigung@hsm.hessen.de](mailto:landespreis-beschaefigung@hsm.hessen.de)

**Fax:** 0611 / 32 7192244

**Tel. für Rückfragen:** 06 11 / 3219 - 2244

## 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?** \*)

Ja      Nein

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

Werden –wenn keine Tarifbindung bestehen sollte- **ortsübliche Gehälter** gezahlt?

## BESCHÄFTIGUNG:

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

1. Aktuelle Anzahl der **in Ihrem Betrieb sozialversicherungspflichtig eingestellten Beschäftigten:**

\_\_\_\_\_ (ohne Praktikanten, Probe- oder geringfügig Beschäftigte oder Midijobs)

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. Bilden Sie in diesem Jahr schwerbehinderten Menschen aus?: **Ja** **Nein**

a) wenn ja, Anzahl \_\_\_\_\_  
davon **weiblich:** \_\_\_\_\_ **männlich:** \_\_\_\_\_

b) Bieten Sie in Ihrem Unternehmen den Auszubildenden besondere/zusätzliche **Unterstützungen oder Förderungen an?**    
Wenn Ja, bitte benennen:  
\_\_\_\_\_

6. a) Bieten Sie schwerbehinderten Menschen regelmäßig die Möglichkeit von: **Ja** **Nein**

- Probebeschäftigung

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

b) Welchem in Nr. 7 genanntem Personenkreis haben Sie in den letzten 2 Jahren ein Praktikum ermöglicht?  
\_\_\_\_\_

7. Welche Arten von **Behinderungen** kommen bei Ihren Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen im Unternehmen vor?

- Körperliche Behinderung
- Geistige Behinderung
- Sinnesbehinderung
- Psychische Behinderung

**BETRIEBLICHE INTEGRATIONSPOLITIK UND UNTERNEHMENSPHILOSOPHIE** **Ja** **Nein**

8. Ist Ihr Betrieb **barrierefrei** gestaltet?

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) und b) nur relevant bei Unternehmen mit mindestens 5 schwerbehinderten Beschäftigten

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

b) Gibt es in Ihrem Unternehmen einen Betriebsrat?

10. a) Erteilen Sie Dienstleistungs-Aufträge an **Werkstätten für behinderte Menschen oder Inklusionsfirmen?**

**Wenn Ja**, an wen und in welchem jährlichen Umfang (z.B. monatlich, 1-2 x jährlich)

Name der Werkstatt/Inklusionsfirma: \_\_\_\_\_

Umfang: \_\_\_\_\_

b) Sind derzeit bei Ihnen Menschen mit Behinderung aus einer Werkstatt beschäftigt?

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

11. Arbeitet Ihr Unternehmen bei der Arbeitsplatzakquise mit den nachfolgenden Institutionen zusammen? (Bitte ankreuzen; Mehrfachnennung möglich)?

- Jobcenter       Agentur für Arbeit       Integrationsamt/Integrationsfachdienst

Firmenservice der Rentenversicherung

Sonstige  (wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_)

**12. Darstellung positiver Eingliederungsbeispiele** in Ihrem Unternehmen und Ihre Erfahrungen bei der Einstellung / Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen:

- **Führen Sie bitte Ihre positiven Eingliederungsbeispiele - anonymisiert - für eine erfolgreiche Teilhabe schwerbehinderter Mitarbeiter/innen aus Ihrem Betrieb auf**
- Inwiefern arbeiten Sie bei der **Anpassung behindertengerechter Arbeitsplätze** oder bei **benötigten Beratungen mit den zuständigen Institutionen zusammen?**
- Schildern Sie wenn vorhanden besondere **betriebliche Angebote**, die Sie im Zusammenhang mit der Beschäftigung/Ausbildung schwerbehinderter Menschen anbieten (z.B. besondere Präventionskonzepte, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Schulungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen für Führungskräfte und Mitarbeiter:innen zu den Themen Teilhabe/Inklusion etc.). Sollten Sie eine Inklusionsvereinbarung nach §166 SGB IX mit Ihrer Schwerbehindertenvertretung abgeschlossen oder einen Aktionsplan zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention innerbetrieblich erstellt haben, ist dies ebenfalls hier anzuführen.
- Sie können anführen, wenn Sie neben der üblichen finanziellen Eigen-Beteiligung an Förderleistungen **weitere besondere finanzielle oder andere Ressourcen** einsetzen oder eingesetzt haben.
- Sonstiges, dass Sie der Jury gerne mitteilen wollen?

**Bedenken Sie bitte, dass der Jury ein Votum umso leichter fällt, je anschaulicher und aussagekräftiger Ihre Eingliederungsbeispiele dargestellt sind. Ausgezeichnet werden sollen insbesondere Betriebe, deren inklusives Vorgehen beispielgebend für andere Betriebe sein kann.**

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.)

\_\_\_\_\_

### **Datenverarbeitung**

ich/wir willige/n hiermit in die zu dem Zweck der Preisverleihung für den Hessischen Landespreis für die beispielhafte Beschäftigung und Integration schwerbehinderter Menschen erforderliche

Verarbeitung meiner/unserer personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Telefonnummer, Email-Adresse) ein.

Alle für diesen Landespreis eingereichten Angaben werden vertraulich behandelt und ausschließlich zum Zweck der Ermittlung der ausgezeichneten Unternehmen, Vereine und Institutionen verarbeitet und gespeichert. Mein/unser Einverständnis kann ich/können wir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration widerrufen. Die preistragenden Unternehmen, Vereine, Institutionen erklären sich damit einverstanden in der Berichterstattung über diesen Preis seitens des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration erwähnt zu werden. Dies betrifft u.a. Print, die Internetseite und Social-Media-Kanäle des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration sowie in diesem Zusammenhang entstandene Fotos und ggf. Filmaufnahmen im Rahmen der Berichterstattung zur Verleihung des Hessischen Landespreises für beispielhafte Beschäftigung.

---

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel