

Bewerbung Hessischer Landespreis



An das
Hessische Ministerium für
Soziales und Integration
Referat IV 4
-Landespreis-
Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden

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

Fax: 06 11 / 3 27 19 - 35 10

Tel.: 06 11 / 8 17 - 35 10

BETRIEB:

Ihr Ansprechpartner für uns (ggf. mit Firmenstempel):

Name, Vorname:			
Firmenadresse:			
Telefon und Fax:			
E-Mail:			

Wirtschaftszweig/Branche: _____

Sind Sie ein/e **private/r Arbeitgeber/in?** **Ja** **Nein**
(d. h. Sie sind z. B. keine Dienststelle des öffentlichen Dienstes
und auch kein Integrationsbetrieb nach § 132 SGB IX)

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:** _____
- Neueinstellungen von Menschen mit Behinderungen** im Vorjahr bis jetzt: _____
- Beschäftigungsquote** nach § 71 SGB IX in %:
aktuell: _____ 2014: _____ ggf. auch 2013: _____
- aktuelle Anzahl der beschäftigten schwerbehinderten **Auszubildenden:** _____
davon **weiblich:** _____ **männlich:** _____

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

- Körperliche Behinderung/Beeinträchtigung
 - Geistige Behinderung/Beeinträchtigung
 - Sinnesbehinderung/-beeinträchtigung
 - Psychische Behinderung/Beeinträchtigung
 - Sonstiges (z. B. „besonders betroffene Beschäftigte“ nach § 72 SGB IX):
-

7. Bieten Sie schwerbehinderten Menschen regelmäßig die Möglichkeit von **Probebeschäftigung** oder **Praktika** (ausgen. Schul-/Studentenpraktika)? **Ja** **Nein**

BETRIEBLICHE INTEGRATIONSPOLITIK UND UNTERNEHMENSPHILOSOPHIE

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

9. Haben Sie Arbeitsplätze behindertengerecht gestaltet?
Wenn Ja, wie viele?: _____

10. Gibt es in Ihrem Unternehmen eine **Interessenvertretung für die schwerbehinderten Mitarbeiter/innen** (z. B. Schwerbehindertenvertretung)?

11. Haben Sie **besondere Maßnahmen** ergriffen, um die Integration schwerbehinderter Mitarbeiter/innen zu fördern?
(z. B. Integrationsvereinbarung nach § 83 SGB IX, Präventionskonzepte, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, sonstige innerbetriebliche Maßnahmen)

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

12. Bieten Sie in Ihrem Betrieb **Schulungs-/Qualifizierungsmaßnahmen** zu den Themen Integration/Behinderung/Barrierefreiheit an?
Wenn Ja, welche?:

13. Gibt es in Ihrem Unternehmen besondere **Unterstützungen und Förderungen für Auszubildende** (z. B. Fortbildungen)?
Wenn Ja, welche?:

14. Erteilen Sie Aufträge an **Werkstätten für behinderte Menschen**?
Wenn Ja, an welche?:

15. Arbeitet Ihr Unternehmen mit der Arbeitsagentur, dem Jobcenter und/oder dem Integrationsamt zusammen?

