Checkliste zum Antrag nach § 27 SchwbAV Technischer Beratungsdienst



Aktenzeichen (falls bekannt):		Datum:		
Angaben zum Arb	<u>eitgeber</u>			
Firmenname:				
Anschrift (Straße, PL	Z, Ort):			
Kontaktperson:		Rufnummer:		
Schwerbehindertenvertretung:		Rufnummer:		
Angaben zum /zu	r MitarbeiterIn			
Name:		Vorname:		
Anschrift (Straße, PL	Z, Ort):			
geboren am:	beschäftigt seit:			
GdB:	Merkzeichen:	Gleichstellung:		
Beschäftigt / Tätig als):				
Teilzeit (Std./Woche):		Vollzeit (Std./Woche):		
Schichtarbeit: nein ja, Art (z.B. kontinuierlicher Schichtarbeit):				
Handelt es sich um ein befristetes Arbeitsverhältnis: ☐ nein ☐ ja, befristet bis				
Entlohnung: Gehalt Stundenlohn Leistungslohn				



Angaben zum Arbeitsplatz

Art des Arbeitsplatzes

Abt. 53.20

Büro:			Produktion:		
Lager:			sonstige:		
liegt eine Gefährdungsbeurteilung gem. ArbSchG / DGUV Vorschrift 1 vor: nein			Einsatz in in %:	nen	Einsatz außen in %:
Haben sich Umfang und A ☐ nein ☐ ja, bitte erläute	•	eit geär	idert:		
Hat sich das Krankheitsbi ☐ nein ☐ ja, bitte erläute		ung vei	ändert:		
<u>Umfeld</u>					
Lärm extrem hohe / niedrige Temperaturen: □ nein □ ja □ nein □ ja, in °C:					
<u>Organisation</u>					
☐ Einzel-Arbeitsplatz ☐ sonstiger-Arbeitsplatz:	Großraumbür	o/Halle	☐ Gru	ıppen-Ar	beitsplatz
taktabhängig			ufzeit)/min		
Beschreibung der Tätigkeiten (Arbeitsinhalt, Einzeltätigkeiten)					<u>iten)</u>
Körperhaltung:					
stehend zu % sitzend zu % gehend zu % sonstige					
manuelles Heben /Trager	n Lasten:				
Häufigkeit (pro Tag /Schicht):		Last in	kg:	Körper	haltung:
manuelles Ziehen/Schieb	en Lasten:				
Häufigkeit (pro Tag /Schicht):		Last in	kg:	Körper	haltung:
Motorik: ☐ fein ☐ grob	Sinnesanforderungen:				
LVR Integrationsamt Technischer Beratungsdienst Seite				ngsdienst Seite	

Service-Nr.: 0221 / 809-4431

2 von 5

Checkliste zum Antrag nach § 27 SchwbAV Technischer Beratungsdienst



Leistungsfähigkeit

☐ nein ☐ ja,

Auswirkungen der Behir	Auswirkungen der Behinderung auf den Arbeitsprozess				
Einschätzung des Arb	<u>eitgebers</u>				
Seit wann besteht die M	<u>/linderleistu</u>	ing / Bedarf ar	n personeller Unt	terstützung:	
Leistungsminderung: ☐ nein ☐ ja	Höhe in %:	☐ geschätzt │	☐ Berechnungen	☐ Nachweise	
Ursachen:					
Auswirkungen Leistung Belastungen entstehen im Produktionsausfall, Auftra nein ja, welche:	Zusammenh	nang mit der Leis	stungsabweichung	z.B.	
Gibt es bereits entlaste	nde Maßnal	nmen (technise	ch / organisator	isch) seitens	
des Arbeitgebers? nein ja, welche:					
Lassen sich durch techt bzw. die Belastungen re nein] ja, welche:		nahmen die Arl	beitsbedingunge	n verbessern	
Können durch den Eins ausgeglichen werden?	atz von tech	nnischen Hilfsn	nittel die Defizite	e reduziert /	
nein ja, in welcher	m Umfang:				
Sind behinderungsbedi nein ja, wie viele:	ngte Zusatz	pausen erford	erlich?		
Wird die Minderleistung	g bei der En	tlohnung berü	cksichtigt?		

Checkliste zum Antrag nach § 27 SchwbAV Technischer Beratungsdienst



Erfolgt eine betriebliche Unterstützung □ nein □ ja □ Unterstützung bei der Arbeitsausführung □ Übernahme von Teiltätigkeiten □ Ergebniskontrolle □ erhöhter Zeitbedarf bei An-/Unterweisung □ Unterstützung bei alltäglichen Verrichtungen am Arbeitsplatz □ soziale Unterstützung □ sonstiges,				
	ung einer personellen Unterstützung der/des Betroffenen sbM ine/n KollegenIn möglich?			
Ist die Leistungsabweichung Folge der Behinderung? nein, sonstige Ursachen ja, (ausführliche Begründung als Anlage beifügen):				
Ist die Leistungsabweichung nur vorübergehend? ☐ nein ☐ ja, für welchen Zeitraum:				
Ist die Leistun ☐ nein ☐ ja, durch	gsabweichung beeinflussbar? organisatorische Maßnahmen (Ablauf, Arbeitszeit, etc.) Arbeitsplatzumgestaltung Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz Neueinrichtung eines Arbeitsplatzes Ausbildung und Qualifizierung Änderung der Arbeitszeit psychosoziale/arbeitstherapeutische Hilfen			

LVR Integrationsamt Technischer Beratungsdienst Seite Abt. 53.20 Service-Nr.: 0221 / 809-4431 4 von 5