**Checkliste: Haben Sie für Ihre Mitbestimmung beim BEM an alles gedacht**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prüffrage** | **Ja** | **Nein** |
| Sie haben geprüft, dass Ihr Arbeitgeber nach § 167 SGB IX seine Verpflichtungen im BEM erfüllt?  Außerdem wissen Sie, dass Sie gemeinsam mit den anderen Akteuren prüfen, dass durch entsprechende Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz dadurch erhalten werden kann? |  |  |
| Ihnen wurde das BEM-Anschreiben Ihres Arbeitgebers an den kranken Mitarbeiter vorgelegt? |  |  |
| Sie haben durch Ihr Initiativrecht gemeinsam mit dem Betriebsrat ein BEM verlangt? |  |  |
| Sie als Schwerbehindertenvertretung haben mit Ihrem Betriebsrat zwar kein BEM eigenmächtig durchgeführt, aber Sie nutzen Ihr Mitsprachrecht bei der Durchführung des BEM, also z. B. im Hinblick auf den Datenschutz usw. ? |  |  |
| Sie haben bei der Entwicklung und Umsetzung des BEM von Ihrem Mitspracherecht Gebrauch gemacht und Vorschläge geliefert? |  |  |
| Wenn Mitarbeiter mit Behinderung an einen anderen Arbeitsplatz umgesetzt werden, verlangen Sie diese Umsetzung unter Berücksichtigung der Gefährdungsbeurteilung? |  |  |
| Gemeinsam mit dem Mitarbeiter beurteilen Sie, welche Maßnahmen notwendig sind, um den Arbeitsplatz zu erhalten, z. B. Umsetzung, Umschulung etc. |  |  |
| Sie haben zwischen Ihrem Arbeitgeber, Integrationsamt und Reha-Träger geklärt, wer welchen Anteil für die durchzuführenden BEM-Maßnahmen erbringt und lassen sich, wenn nötig, durch das Integrationsamt unterstützen? |  |  |

Dieser kostenlose Download stammt aus einer Ausgabe von „**Schwerbehindertenvertretung heute**“. Sollten Sie noch kein Abonnent sein, können Sie Ihre **KOSTENLOSE Gratis-Ausgabe“** jetzt kostenlos anfordern. Ich bin sicher: Sie werden begeistert sein!

* Ja, ich möchte „**Schwerbehindertenvertretung heute**“ **GRATIS** testen und von allen Vorteilen profitieren:
* **Eine Gratis-Ausgabe, die Sie 14 Tage lang testen können.** Diese Gratis-Ausgabe dürfen Sie in jedem Fall behalten.
* Wenn Sie uns innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Gratis-Ausgabe nichts Gegenteiliges telefonisch, per Fax, Brief oder E-Mail mitteilen, erhalten Sie automatisch die weiteren Ausgaben zu einem Preis von nur 19,90 Euro pro Ausgabe zzgl. 1,95 Euro für Porto und Versandkosten und MwSt. „Schwerbehindertenvertretung heute“ erscheint monatlich mit zusätzlich 8 Themenausgaben pro Jahr mit je 8 Seiten pro Ausgabe. Den Bezug können Sie jederzeit zum Ende des Bezugsjahres kündigen.

**Vorname, Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Straße + Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Postleitzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Jetzt ausfüllen und absenden:

* Fax: 0931-4170497
* Telefon: 0931-4170427
* Post: Praxis Pur Medien GmbH, Winkelhausen 27, 51519 Odenthal
* E-Mail: [kundenservice@praxispurmedien.de](mailto:kundenservice@praxispurmedien.de?subject=Gratis-Test-Anforderung)

Unser Angebot richtet sich nur an Unternehmen, Industrie, Gewerbe, Handwerk, Handel, freie Berufe, öffentliche oder karitative Einrichtungen, den öffentlichen Dienst und Behörden sowie Verbände oder vergleichbare Institutionen und ist ausschließlich zur Verwendung in der beruflichen bzw. gewerblich oder selbständigen Arbeit vorgesehen. Nähere Auskünfte zum Datenschutz finden Sie unter [www.praxispurmedien.de](http://www.praxispurmedien.de). .

SVH-Downl.-05/22