

Eingangsstempel
-----------------

**Einleitung eines Schlichtungsverfahrens gem. § 14 BGStG**

**Schlichtung begehrende Person**

Familienname		Vorname		Akadem. Titel																				
Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>																					
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> inter <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> keine Angabe																								
PLZ	Ort	Straße, Haus-, Tür-Nr.																						
Telefon (Büro, tagsüber, Handy)			E-Mail																					
Benötigen Sie (Gebärden-) Dolmetschleistungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ich benötige																								
<b>Art der Behinderung</b> <input type="checkbox"/> Körperlich ohne Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sinnesbehindert-Blind <input type="checkbox"/> Sozial-emotional <input type="checkbox"/> Körperlich mit Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sinnesbehindert-Stark Sehbehindert <input type="checkbox"/> Geistig <input type="checkbox"/> Psychisch <input type="checkbox"/> Sinnesbehindert-Gehörlos <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Mehrfachbehinderung <input type="checkbox"/> Sinnesbehindert-Stark Hörbehindert																								
Bei Vorliegen eines Vertretungsverhältnisses:																								
Name																								
Adresse																								
Tel.																								
E-Mail																								
Nachweis bitte beilegen!																								

### Vertrauensperson

Familienname	Vorname	Akadem. Titel
PLZ	Ort	Straße, Haus-, Tür-Nr.
Telefon (Büro, tagsüber, Handy)	E-Mail	

### Schlichtungspartner:in

Name:	Unternehmensgröße:	
PLZ	Ort	Straße, Haus-, Tür-Nr.
Telefon (Büro, tagsüber, Handy)	E-Mail	

1. Bevor ich als Schlichtung begehrende Person meine Rechtsansprüche aus dem Titel des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes/Behinderteneinstellungsgesetzes über die ordentlichen Gerichte geltend mache, muss ich aus gesetzlichen Gründen versuchen, mit meinem/r Schlichtungspartner:in eine gütliche Einigung in dieser Angelegenheit herbeizuführen. Dies kann nur bei einer Landesstelle des Sozialministeriumservice erfolgen.
2. Erst wenn dieser Versuch während einer Frist von längstens drei Monaten (einem Monat im Fall einer Kündigung oder Entlassung) ab der Einleitung des Schlichtungsverfahrens erfolglos bleibt, steht mir in dieser Angelegenheit der Weg zu den ordentlichen Gerichten/zur zuständigen Dienstbehörde offen.
3. Aufgrund des nachstehend angeführten Vorbringens begehre ich die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens gem. § 14 Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz.

### **WICHTIGER HINWEIS:**

1. **Bitte beachten Sie allfällige behördliche, gesetzliche oder gerichtliche Fristen in Ihrer Rechtsangelegenheit und holen Sie die dazu notwendigen Informationen ein.**

2. Das Blatt mit Ihrem Vorbringen wird mit der Einladung zum Schlichtungsgespräch an den/die Schlichtungspartner:in mitgesendet!

Bitte füllen Sie die nachstehenden Felder aus!

Schlichtung begehrende Person	Schlichtungspartner:in
Name	Name
Straße, Haus-, Tür-Nr.	Straße, Haus-, Tür-Nr.
PLZ Ort	PLZ Ort

**Vorbringen der Schlichtung begehrenden Person**

Wer hat Sie (aus Ihrer Sicht) diskriminiert?	
Wie, auf welche Art und Weise wurden Sie diskriminiert?	
Wann fand die Diskriminierung statt?	

