

Der Wahlvorstand für die Wahl  
der Schwerbehindertenvertretung

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort)  
ausgehängt am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr  
(Datum, Uhrzeit)  
an folgender Stelle/folgenden Stellen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

abgenommen am: \_\_\_\_\_  
(Datum)

## WAHLERGEBNIS

Am \_\_\_\_\_ wurden gewählt:

### ➔ VERTRAUENSPERSON DER SCHWERBEHINDERTEN MENSCHEN

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geb.-Datum, Tel.-Nr., E-Mail, Art d. Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

### ➔ STELLVERTRETENDE/S MITGLIED/ER DER SCHWERBEHINDERTENVERTRETUNG

1. stellvertretendes Mitglied

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geb.-Datum, Tel.-Nr., E-Mail, Art d. Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

2. stellvertretendes Mitglied

\_\_\_\_\_

3. stellvertretendes Mitglied

\_\_\_\_\_

Ihre Amtszeit hat am \_\_\_\_\_ mit Bekanntgabe des Wahlergebnisses begonnen<sup>\*)</sup>/beginnt am \_\_\_\_\_ nach Ablauf der Amtszeit der bisherigen Schwerbehindertenvertretung<sup>\*)</sup> und endet am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des  
Vorsitzenden)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift eines  
weiteren Mitglieds)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift eines  
weiteren Mitglieds)

### Verteiler

- 1) Aushang
- 2) gewählte Bewerber
- 3) Arbeitgeber/in zur Kenntnis
- 4) Betriebs-/Personalrat zur Kenntnis
- 5) Integrationsamt zur Kenntnis
- 6) Agentur für Arbeit zur Kenntnis
- 7) Wahlvorstand
- 8) ggf. Stufenvertretung
- 9) ggf. Intranet

– § 15 SchwVVO, § 80 Absatz 8 SGB IX –

Feld für Absenderangabe bei Mitteilungen an Integrationsamt/Agentur für Arbeit

BA-Nr. \_ \_ \_ \_ \_

Bitte geben Sie bei Mitteilung an das Integrationsamt/Agentur für Arbeit die vollständige Adresse der Firma/des Betriebes und die 8-stellige Betriebsnummer (vergeben von der Agentur für Arbeit) an!

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen!