

Formulare für das vereinfachte Wahlverfahren

Die Texte der Formulare gehen von dem Normalfall aus, dass Vertrauensperson und stellvertretende/s Mitglieder am gleichen Tage gewählt werden. Für die Nachwahl von stellvertretenden Mitgliedern gemäß § 21 SchwbVWO müssen sie entsprechend verändert werden.

(Name, Vorname)
Schwerbehindertenvertretung oder:*)
Der Betriebsrat/Personalrat oder:*)
1. _____
2. _____
3. _____
als Wahlberechtigte

_____, den _____
(Ort)
ausgehängt am _____
an folgender Stelle: _____
abgenommen am _____

An alle schwerbehinderten und gleichgestellten Arbeitnehmer:

EINLADUNG ZUR WAHLVERSAMMLUNG

für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung

Alle im Betrieb/in der Dienststelle beschäftigten schwerbehinderten Menschen werden hiermit gem. §19 Wahlordnung Schwerbehindertenvertretungen eingeladen zu einer

WAHLVERSAMMLUNG



am _____, _____ Uhr

in _____

In dieser Versammlung sollen die Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen und stellvertretende Mitglieder der Schwerbehindertenvertretung gewählt werden *).

Bitte bringen Sie Ihren Schwerbehindertenausweis oder Ihre Gleichstellungsurkunde mit. Den Arbeitsausfall und ggf. Fahrtkosten, die durch die Teilnahme an dieser Versammlung entstehen, muss gemäß § 94 Abs. 6 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 20 Abs. 3 Betriebsverfassungsgesetz (bzw. Personalvertretungsrecht) der Arbeitgeber tragen.

(Unterschrift/en)

Verteiler:

- 1) Aushang
- 2) eventuell persönlich an alle Wahlberechtigten
- 3) Arbeitgeber/in zur Kenntnis
- 4) Betriebsrat/Personalrat zur Kenntnis
- 5) Vertrauensperson

*) Nichtzutreffendes bitte streichen!

STIMMZETTEL

(vereinfachtes Wahlverfahren)

Wahl der **VERTRAUENSPERSON** der schwerbehinderten Menschen

Bitte kennzeichnen Sie den von Ihnen gewählten Bewerber für das Amt der Vertrauensperson durch Ankreuzen (⊗). Dieser Stimmzettel ist ungültig, wenn Sie mehr als **einen** Bewerber ankreuzen!

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

Die Bewerber sind jeweils in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

STIMMZETTEL

(vereinfachtes Wahlverfahren)

Wahl des **STELLVERTRETENDEN MITGLIEDS/der STELLVERTRETENDEN MITGLIEDER** der Schwerbehindertenvertretungen *)

Bitte kennzeichnen Sie den/die*) von Ihnen gewählten Bewerber für das Amt des stellvertretenden Mitglieds/der stellvertretenden Mitglieder der Schwerbehindertenvertretung durch Ankreuzen ⊗. Dieser Teil des Stimmzettels ist ungültig, wenn Sie mehr als _____ Bewerber ankreuzen!

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

Die Bewerber sind jeweils in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen!

LISTE DER WÄHLER IN DER WAHLVERSAMMLUNG AM _____ Blatt _____

Ifd. Nr.	Name	bei Namensgleichheit: Vorname	bei Namens- gleichheit: Geburts- datum	Persönliche Stimmabgabe zur Wahl der Ver- trauens- person Stellv.- Mit- glieder	

Der Wahlleitung für die Wahl der
Schwerbehindertenvertretung

NIEDERSCHRIFT
über die Wahlversammlung

1. Die Wahlversammlung fand am _____ von _____ bis _____ statt.

2. Die Wahlversammlung wählte zur Wahlleitung:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

3. Die Wahlversammlung bestimmte zu Wahlhelfern:

4. Die Wahlversammlung beschloss mit einfacher Stimmenmehrheit, _____ stellvertretende/s Mitglied/er zu wählen.

5. Die öffentliche Auszählung der Stimmen und Feststellung des Wahlergebnisses erfolgte jeweils unmittelbar nach Beendigung der Wahlhandlung.

5.1 Für die Wahl der **Vertrauensperson** wurden _____ Stimmzettel abgegeben. Davon waren _____ gültig und _____ ungültig.

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art d. Beschäftigung) _____ gültige Stimmen

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art d. Beschäftigung) _____ gültige Stimmen

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art d. Beschäftigung) _____ gültige Stimmen

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art d. Beschäftigung) _____ gültige Stimmen

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art d. Beschäftigung) _____ gültige Stimmen

Zur Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen ist (nach Losentscheid wegen Stimmgleichheit*) gewählt:

(Name, Vorname)

5.2 Für die Wahl des **stellvertretenden Mitglieds/der stellvertretenden Mitglieder *)** wurden _____ Stimmzettel abgegeben. Davon waren

_____ gültig und _____ ungültig.

_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art d. Beschäftigung) Stimmen

_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art d. Beschäftigung) Stimmen

_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art d. Beschäftigung) Stimmen

_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art d. Beschäftigung) Stimmen

Zum stellvertretenden Mitglied der Schwerbehindertenvertretung ist/sind (nach Losentscheid wegen Stimmgleichheit*) gewählt:

Erstes stellvertretendes Mitglied: _____
(Name, Vorname)

Zweites stellvertretendes Mitglied: _____
(Name, Vorname)

6. Die Gewählten nahmen unmittelbar nach Feststellung des Wahlergebnisses die Wahl an.*)

(Unterschrift der Wahlleitung)

Verteiler:
Wahlleitung

*) Nichtzutreffendes bitte streichen!

Die Wahlleitung für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

_____, den _____

(Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

Gegen Empfangsbestätigung

Sehr geehrte Frau/Herr *) _____

Sie sind am _____ zur Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen/zum _____ stellvertretenden Mitglied der Schwerbehindertenvertretung *) gewählt worden.

Die Wahl gilt als angenommen, wenn Sie nicht innerhalb von drei Arbeitstagen nach Zugang dieses Schreibens mir gegenüber erklären, dass Sie die Wahl ablehnen.

(Unterschrift der Wahlleitung)

Verteiler:

- 1) Bewerber
- 2) Wahlleitung

Der Wahlvorstand für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

_____, den _____
(Ort)
ausgehängt am _____ um _____ Uhr
(Datum, Uhrzeit)
an folgender Stelle: _____
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/beginnt
am _____ nach Ablauf der Amtszeit der bisherigen Schwerbehindertenvertretung 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

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!