



## Bewerbung für die Auszeichnung mit dem Berliner Inklusionspreis 2024

**Inklusive Ausbildung**     **Inklusive Beschäftigung**    (zweifaches Ankreuzen möglich)

**Bewerbung bitte bis zum 31.07.2024 an:**  
Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin  
Inklusionsamt  
Turmstraße 21, Haus A, 10559 Berlin

**Ansprechpartnerin:**  
Frau Nelli Stanko  
Tel.: 030/90229-3307  
E-Mail: Nelli.Stanko@lageso.berlin.de

**Ansprechpartner/in im Unternehmen (Geschäftsführer/Inklusionsbeauftragter des Arbeitgebers)**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Funktion:** \_\_\_\_\_

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

**Unternehmensname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Kurze Beschreibung der Tätigkeit:**

Anzahl der Beschäftigten am Standort Berlin:	Anzahl der Auszubildenden am Standort Berlin:
Davon schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen:	Davon Auszubildende mit Behinderung bzw. Schwerbehinderung:

**Beschäftigungsquote:**

**Ihr Unternehmen hat eine Schwerbehindertenvertretung:**

Ja - Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  Nein

**In Ihrem Unternehmen gibt es eine Inklusionsvereinbarung gem. § 166 SGB IX:**

Ja - Bitte als Anlage beifügen     Wird praktiziert – Bitte beschreiben

**In Ihrem Unternehmen gibt es ein betriebliches Eingliederungsmanagement gem. § 167 Abs. 2 SGB IX:**

Ja - Bitte als Anlage beifügen     Wird praktiziert – Bitte beschreiben

**Sie haben in den vergangenen Jahren Arbeitsplätze behinderungsgerecht/barrierefrei gestaltet:**

Ja Anzahl:

Nein

**Ihnen sind dadurch eigene finanzielle Aufwendungen entstanden:**

Ja - Bitte stichwortartig darstellen

Nein

**Durch folgende Maßnahmen ermöglichen Sie schwerbehinderten oder gleichgestellten Auszubildenden und Beschäftigten eine gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsleben (bitte Zutreffendes ankreuzen):**

- Behinderungsgerechte/barrierefreie Arbeitsplatz-/Arbeitsumfeld-Gestaltung
- Sie erkennen frühzeitig Unterstützungsbedarfe und leiten notwendige Fördermaßnahmen ein
- Besondere Arbeitszeitregelungen
- Prävention bei Arbeitsplatzgefährdung oder der Wiedereingliederung Langzeiterkrankter
- Besondere Parkplätze
- Arbeitsplatzbezogene Assistenzen
- Ruheraum
- Betriebliche Gesundheitsfürsorge

**Bitte beschreiben Sie gesondert die Fördermaßnahmen Ihrer Firma bezogen auf die inklusive Ausbildung und Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung (1-2 Seiten).**

**Heben Sie dabei bitte die Besonderheiten Ihres sozialen Engagements hervor.**

Gerne können Sie aussagekräftige Firmenunterlagen/Firmenbroschüren beifügen.

Die Richtigkeit der gemachten Angaben wird bestätigt.

Die personenbezogenen Daten werden bis zur Preisverleihung gespeichert – die Einwilligung setzen wir voraus. Zu einer öffentlichen Ehrung erteilen Sie Ihr Einverständnis.

**Datum**

**Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers**

**Firmenstempel**