

Eingangsstempel

Einleitung eines Schlichtungsverfahrens gem. § 14 BGStG

Schlichtung begehrende Person

NAME:		geb:
VORNAME:		VersNr.:
Straße, Nr.:	Plz, Ort:	
Tel.:	Email:	
<u>Besondere Bedürfnisse (zB.: Gebärdendolmetsch):</u>		
Art der Behinderung (körperlich, psychisch, sinnesbehindert, geistig, sozial-emotional)		

Vertreter/in:

NAME:	
VORNAME:	
Straße, Nr.:	Plz, Ort:
Tel.: Fax:	Email:

Schlichtungspartner/in:

FIRMA (BEHÖRDE):	
NAME:	
VORNAME:	
Straße:	Plz, Ort:
Tel.: Fax:	Email:
Unternehmensgröße:	

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!

Schlichtungswerber/in:	Schlichtungspartner/in:
NAME:	NAME/Firma:
VORNAME:	
	NAME/Vorname:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
Plz., Ort	Plz., Ort

Vorbringen der Schlichtungswerberin/des Schlichtungswerbers

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

Wo fand die Diskriminierung statt?	
Was wollen Sie mit der Schlichtung erreichen? Was erwarten Sie von Ihrem Schlichtungspartner?	

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte übermitteln Sie Ihren Antrag an die in Ihrem Bundesland eingerichtete Landesstelle des Sozialministeriumservice:

Landesstelle Burgenland

Neusiedler Straße 46
7000 Eisenstadt
Tel. 02682 / 64 046

Landesstelle Kärnten

Kumpfgasse 23 – 25
9020 Klagenfurt
Tel. 0463 / 58 64-0

Landesstelle Niederösterreich

Standort St. Pölten
Daniel Gran-Straße 8/3. Stock
3100 St. Pölten
Tel. 02742 / 31 22 24

Standort Wien

Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel. 01 / 588 31

Landesstelle Oberösterreich

Gruberstraße 63
4021 Linz
Tel. 0732 / 76 04-0

Landesstelle Salzburg

Auerspergstraße 67a
5020 Salzburg
Tel. 0662 / 88 983-0

Landesstelle Steiermark

Babenbergerstraße 35
8020 Graz
Tel. 0316 / 70 90

Landesstelle Tirol

Herzog Friedrichstraße 3
6010 Innsbruck
Tel. 0512 / 56 31 01

Landesstelle Vorarlberg

Rheinstraße 32/3
6900 Bregenz
Tel. 05574 / 68 38

Landesstelle Wien

Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel. 01 / 588 31

Telefon österreichweit 05 99 88