

Eingangsstempel

## Einleitung eines Schlichtungsverfahrens gem. § 14 BGStG

### Schlichtung begehrende Person:

|   |           |
|---|-----------|
| Name:   | geb.:     |
| Vorname:  | Vers.Nr.: |
| Straße, Nr.:  | PLZ, Ort: |
| Tel.:   | E-Mail:   |
| Besondere Bedürfnisse (z.b. Gebärdensprachdolmetscher/innen):                           |           |
| Art der Behinderung (körperlich, psychisch, sinnesbehindert, geistig, sozial-emotional) |           |

### Vertreter/in:

|              |           |
|--------------|-----------|
| Name:        |           |
| Vorname:     |           |
| Straße, Nr.: | PLZ, Ort: |
| Tel., Fax:   | E-Mail:   |

### Schlichtungspartner/in:

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| Firma (Behörde):   |           |
| Name:              |           |
| Vorname:           |           |
| Straße, Nr.:       | PLZ, Ort: |
| Tel., Fax:         | E-Mail:   |
| 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 HINWEISE:**

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

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

**Bitte füllen Sie die nachstehenden Felder aus!**

| <b>Schlichtungswerber/in:</b> | <b>Schlichtungspartner/in:</b> |
|-------------------------------|--------------------------------|
|                               | Firma:                         |
| Name:                         | Name:                          |
| Vorname:                      | 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?<br>Was erwarten Sie von Ihrem Schlichtungspartner? |  |

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

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift