



Verzeichnis

nach § 163 Abs. 1 SGB IX der beschäftigten schwerbehinderten, ihnen gleichgestellten behinderten Menschen und sonstigen anrechnungsfähigen Personen für das Anzeigjahr 2017

Hinweis: Für jeden Betrieb bzw. jede Dienststelle ist ein Verzeichnis zu erstellen und gesondert der Anzeige beizufügen.
Das Verzeichnis ist nur zu übersenden, wenn in dem Betrieb/der Dienststelle anrechnungsfähige behinderte Menschen beschäftigt sind.

I. Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers (gem. Ziffer I der Anzeige)

(Name/Bezeichnung)

(Straße)

(PLZ) (Ort)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebs-Nr. des Arbeitgebers (Hauptsitz)

II.a) Bezeichnung und Anschrift des Betriebes / der Dienststelle für den / die dieses Verzeichnis gilt:

(Name/Bezeichnung)

(Straße)

(PLZ) (Ort)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebs-Nr. des Betriebes/der Dienststelle

b) Dauer der Betriebstätigkeit:

- ganzjährige Betriebstätigkeit: ja nein

- wenn nein: von _____ bis _____



--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebs-Nr. des Arbeitgebers (Hauptsitz)

--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebs-Nr. des Betriebes/der Dienststelle

1	Name				
2	Vorname				
3	Geburtsdatum ¹				
4	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
5	Geschäftsführer einer GmbH (u. a.) (s. Erläuterungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6	Wochenarbeitszeit 18 Stunden und mehr: bei nein ist Zeile 7 auszufüllen (s. Erläuterungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7	Wochenarbeitszeit unter 18 Std. nach § 158 Abs. 2 S. 2 SGB IX (Altersteilzeit): (s. Erläuterungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Beschäftigt seit: ¹				
9	Beschäftigt bis: ¹				
10	Ausbildungsbeginn am: ¹				
11	Ausbildungsende am: ¹				
12	Personengruppe (s. Erläuterungen)				
Nachweis über die Angaben der Zeile 12:					
12 a	Ausstellende Behörde				
12 b	Ausweis-Nr./Geschäftszeichen				
12 c	Gültigkeit ab: ¹				
12 d	Befristung bis: ^{1 2} (bei Wegfall nach § 199 SGB IX s. Erl.)	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> unbefristet

¹ Datumsangaben immer in der Form TT.MM.JJJJ (z.B. 18.12.2017) eintragen. ² Bitte die Befristung angeben oder „unbefristet“ ankreuzen.