

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!

<b>Schlichtungswerber/in:</b>	<b>Schlichtungspartner/in:</b>
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**