

Formulare für das förmliche Wahlverfahren

Die Texte der Formulare gehen von dem Normalfall aus, dass die Vertrauensperson und das/die stellvertretende/n Mitglied/er gleichzeitig gewählt werden. Für die Nachwahl von stellvertretenden Mitgliedern gemäß § 17 SchwbVWO müssen sie entsprechend verändert werden.

_____ (Name, Vorname)	_____, den _____ (Ort)
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen	

BESTELLUNG DES WAHLVORSTANDES

**für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung
der schwerbehinderten Menschen**

Spätestens* am _____ läuft meine Amtszeit als Vertrauensperson ab.
 Gemäß § 1 Absatz 1 Wahlordnung Schwerbehindertenvertretungen bestelle ich zum
Vorsitzenden des Wahlvorstandes

Frau/Herr _____
 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

Stellvertreter:
 Frau/Herr _____
 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

und zu weiteren **Mitgliedern** des Wahlvorstandes

Frau/Herr _____
 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

Stellvertreter:
 Frau/Herr _____
 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

und
 Frau/Herr _____
 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

Stellvertreter:
 Frau/Herr _____
 (Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

 (Unterschrift)

Verteiler:

- 1) Mitglieder des Wahlvorstandes mit der Bitte, die Annahme des Amtes zu bestätigen; nach Bestätigung der Annahme:
- 2) Arbeitgeber/in zur Kenntnis
- 3) Betriebsrat/Personalrat zur Kenntnis
- 4) Vertrauensperson

*Nichtzutreffendes bitte streichen!

Der Betriebsrat/Personalrat oder*:

1. _____
2. _____
3. _____

(Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

als Wahlberechtigte

_____, den _____

(Ort)

ausgehängt am _____

an folgender Stelle: _____

abgenommen am _____

An alle schwerbehinderten und gleichgestellten Arbeitnehmer:

EINLADUNG ZUR WAHL DES WAHLVORSTANDES

für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung der schwerbehinderten Menschen

Alle im Betrieb/in der Dienststelle beschäftigten schwerbehinderten Menschen laden wir hiermit gem. § 1 Abs. 2 Wahlordnung Schwerbehindertenvertretungen ein zu einer

VERSAMMLUNG



am _____, _____ Uhr

in _____

In dieser Versammlung soll der Wahlvorstand mit Vorsitzendem und jeweils einen Stellvertreter gewählt werden, um die Wahl einer Schwerbehindertenvertretung vorzubereiten und durchzuführen.

Bitte bringen Sie Ihren Schwerbehindertenausweis oder Ihren Gleichstellungsbescheid mit. Den Arbeitsausfall und ggf. Fahrtkosten, die durch die Teilnahme an dieser Versammlung entstehen, muss gemäß § 94 Abs. 6 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 20 Absatz 3 Betriebsverfassungsgesetz (bzw. Personalvertretungsrecht) der Arbeitgeber tragen.

(Unterschrift/en)

Verteiler:

- 1) Aushang
- 2) Arbeitgeber/in zur Kenntnis
- 3) Betriebsrat/Personalrat
- 4) Wahlvorstand

(Name, Vorname)

_____, den _____
(Ort)

(Abteilung, Telefon)

ANNAHME DES AMTES ALS WAHLVORSTAND

für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung

Ich nehme das Amt als stellvertretender/Vorsitzender/stellvertretendes/Mitglied* des Wahlvorstandes an.

(Unterschrift)

Verteiler:

- 1) Vertrauensperson oder die zur Versammlung der Wahlberechtigten Einladenden
- 2) Wahlvorstand

*Nichtzutreffendes bitte streichen!

Der Wahlvorstand für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

_____, den _____
(Ort)

SITZUNGSNIEDERSCHRIFT

1. Die Sitzung des Wahlvorstandes fand

am _____ von _____ bis _____ statt.

2. An der Sitzung nahmen teil: _____

3. Der Wahlvorstand beschloss:

(Unterschrift des Vorsitzenden)

(Unterschrift eines weiteren Mitglieds)

Verteiler:
Wahlvorstand

Der Wahlvorstand für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

-

_____, den _____
(Ort)

erlassen und ausgehängt am _____
(Datum)

an folgender Stelle: _____

abgenommen am _____
(Datum)

AUSLEGUNG DER LISTE DER WAHLBERECHTIGTEN

Die für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung wahlberechtigten schwerbehinderten und gleichgestellten Menschen sind in einer Liste aufgeführt. Die Liste besteht einschließlich dieses Deckblattes aus insgesamt _____ sicher miteinander verbundenen Blättern. Die Liste liegt _____ (Ort der Auslegung der Liste angeben) zur Einsichtnahme aus.

Berechtigt zur Einsichtnahme in die Wählerliste ist jeder Wahlberechtigte sowie jeder Beschäftigte, der ein berechtigtes Interesse an einer ordnungsgemäßen Wahl glaubhaft macht. Sie können innerhalb von zwei Wochen seit Erlass des Wahlausschreibens am _____, also bis zum _____, beim Wahlvorstand schriftlich Einspruch gegen die Richtigkeit der Liste der Wahlberechtigten einlegen (zum Beispiel wenn ein Wahlberechtigter nicht in der Liste der Wahlberechtigten eingetragen ist oder wenn ein nicht Wahlberechtigter eingetragen ist). Zusammen mit der Liste der Wahlberechtigten liegt auch die Wahlordnung Schwerbehindertenvertretung zur Einsicht aus.

(Unterschrift des
Vorsitzenden)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

Verteiler:

- 1) Aushang dieses Formulars
- 2) Auslegung dieses Formulars mit Liste und Wahlordnung
- 3) Wahlvorstand

Der Wahlvorstand für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

_____, den _____
(Ort)
erlassen und ausgehängt am _____
(Datum)
an folgender Stelle: _____
abgenommen am _____
(Datum)

WAHLAUSSCHREIBEN

für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung

am _____

1. Zum Wahlvorstand wurden bestellt/gewählt*

Frau/Herr _____ als Vorsitzende(r)
Frau/Herr _____ als weiteres Mitglied
Frau/Herr _____ als weiteres Mitglied
(Name, Vorname, Abteilung, Telefon)

2. Wählbar als Vertrauensperson oder als stellvertretendes Mitglied ist jeder im Betrieb/in der Dienststelle nicht nur vorübergehend Beschäftigte, der am Wahltag das 18. Lebensjahr vollendet hat und dem Betrieb/der Dienststelle seit mindestens sechs Monaten angehört. Auch nicht selbst schwerbehinderte Beschäftigte sind wählbar. Wer kraft Gesetzes dem Betriebsrat/Personalrat/Richterrat/Staatsanwaltsrat* nicht angehören kann, ist nicht wählbar.

3. Wahlberechtigt sind alle im Betrieb/in der Dienststelle beschäftigten schwerbehinderten Menschen. Sie können aber nur dann wählen, wenn sie in die Liste der Wahlberechtigten eingetragen sind. Einsprüche gegen die Richtigkeit der Liste der Wahlberechtigten können nur innerhalb von zwei Wochen seit dem Erlass dieses Wahlausschreibens, also spätestens bis zum _____ schriftlich beim Wahlvorstand eingelegt werden.

4. Die Liste der Wahlberechtigten und die Wahlordnung Schwerbehindertenvertretungen liegen seit dem _____ an jedem Arbeitstag bis zum Abschluss der Stimmabgabe jeweils von _____ bis _____ Uhr an folgendem Ort zur Einsichtnahme aus: _____

5. Zu wählen sind die Vertrauensperson und _____ stellvertretende/s Mitglied/er. Vertrauensperson und stellvertretende Mitglieder werden in zwei getrennten Wahlgängen gewählt.

6. Wir bitten die Wahlberechtigten, innerhalb von zwei Wochen seit dem Erlass dieses Wahlausschreibens, also spätestens am _____ schriftliche **Wahlvorschläge** beim Wahlvorstand einzureichen. Nach diesem Termin eingehende Wahlvorschläge können nicht berücksichtigt werden.

Zur Wahl stehen nur die Bewerber, die in einem gültigen Wahlvorschlag vorgeschlagen worden sind.

Aus den Wahlvorschlägen muss sich eindeutig ergeben, wer als Vertrauensperson und wer als stellvertretendes Mitglied vorgeschlagen wird; für beide Ämter kann dieselbe Person vorgeschlagen werden. Jeder Bewerber kann nur in einem Wahlvorschlag benannt werden, es sei denn, dass sie/er in einem als Vertrauensperson und im anderen als stellvertretendes Mitglied vorgeschlagen wird. Jeder Wahlberechtigte kann nur einen Wahlvorschlag für die Vertrauensperson und einen Wahlvorschlag für das stellvertretende Mitglied unterzeichnen. Jeder Wahlvorschlag muss von mindestens _____ Wahlberechtigten unterzeichnet sein und muss Familiennamen, Vornamen, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung sowie erforderlichenfalls Betrieb oder Dienststelle der Bewerber angeben. Dem Wahlvorschlag ist die schriftliche Zustimmung der Bewerber beizufügen.

Formulare für Wahlvorschläge sind beim Wahlvorstand erhältlich; die Benutzung der Formulare ist aber nicht zwingend erforderlich.

Die Namen der Bewerber aus gültigen Wahlvorschlägen werden nach Ablauf der Frist zur Einreichung von Wahlvorschlägen bis zum Abschluss der Stimmabgabe an der gleichen Stelle wie dieses Wahlausschreiben ausgehängt.

7. Die Stimmabgabe findet statt



am _____

von _____ bis _____ Uhr

in _____

* Wahlberechtigte, die im Zeitpunkt der Wahl an der persönlichen Stimmabgabe verhindert sind, können ihr Wahlrecht schriftlich ausüben. Auf ihr Verlangen hat ihnen der Wahlvorstand die erforderlichen Unterlagen auszuhändigen oder zu übersenden.

* Der Wahlvorstand hat generelle schriftliche Stimmabgabe beschlossen. Die schriftliche Stimmabgabe (Briefwahl) endet am _____ um _____ Uhr.

* Der Wahlvorstand hat schriftliche Stimmabgabe beschlossen für _____ .

8. Die öffentliche Sitzung des Wahlvorstandes zur Auszählung der Stimmen und Feststellung des Wahlergebnisses findet statt

am _____, _____ Uhr, in _____

9. Einsprüche, Wahlvorschläge, Anträge auf Briefwahl (schriftliche Stimmabgabe) und sonstige Erklärungen sind an den Wahlvorstand zu richten. Der Wahlvorstand ist an Arbeitstagen zu erreichen

von _____ bis _____ Uhr

in _____, Tel.: _____

(Unterschrift des
Vorsitzenden)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

Verteiler:

- 1) Aushang
- 2) Arbeitgeber/in zur Kenntnis
- 3) Betriebsrat/Personalrat zur Kenntnis
- 4) Wahlvorstand

Vertreter des Wahlvorschlags _____
(Name)

(wenn kein anderer Unterzeichner des Wahlvorschlags ausdrücklich als Vertreter bezeichnet ist, wird der an erster Stelle Unterzeichnete als Vertreter des Wahlvorschlags angesehen)

eingegangen am _____, _____ Uhr

(Unterschrift eines Mitglieds
des Wahlvorstands)

WAHLVORSCHLAG

1. Für die Wahl zur **Vertrauensperson** der schwerbehinderten Menschen schlagen wir vor:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

2. Für die Wahl zum **stellvertretenden Mitglied** schlagen wir vor (Achtung: die Zahl der hier genannten Bewerber darf die Zahl der stellvertretenden Mitglieder laut Wahlausschreiben nicht übersteigen! Wenn also laut Wahlausschreiben nur ein stellvertretendes Mitglied zu wählen ist, darf hier auch nur ein Bewerber genannt werden!):

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

3. Die schriftliche Zustimmung der Bewerber ist als Anlage beigefügt.

4. Unterzeichner des Wahlvorschlags (Achtung: mindestens ein Zwanzigstel der Wahlberechtigten, mindestens jedoch drei Wahlberechtigte! Die erforderliche Zahl von Unterschriften ist im Wahlausschreiben angegeben).

lfd. Nr.	Name	Vorname	Betrieb/Dienststelle	Unterschrift

(eventuell Fortsetzung auf der Rückseite)

Vertreter des Wahlvorschlags _____

(Name)

(wenn kein anderer Unterzeichner des Wahlvorschlags ausdrücklich als Vertreter bezeichnet ist, wird der an erster Stelle Unterzeichnete als Vertreter des Wahlvorschlags angesehen)

eingegangen am _____, _____ Uhr

(Unterschrift eines Mitglieds
des Wahlvorstands)

WAHLVORSCHLAG

1. Für die Wahl zur **Vertrauensperson** der schwerbehinderten Menschen schlagen wir vor:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

2. Für die Wahl zum **stellvertretenden Mitglied** schlagen wir vor (Achtung: die Zahl der hier genannten Bewerber darf die Zahl der stellvertretenden Mitglieder laut Wahlausschreiben nicht übersteigen! Wenn also laut Wahlausschreiben nur ein stellvertretendes Mitglied zu wählen ist, darf hier auch nur ein Bewerber genannt werden!):

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

3. Die schriftliche Zustimmung der Bewerber ist als Anlage beigefügt.

4. Unterzeichner des Wahlvorschlags (Achtung: mindestens ein Zwanzigstel der Wahlberechtigten, mindestens jedoch drei Wahlberechtigte! Die erforderliche Zahl von Unterschriften ist im Wahlausschreiben angegeben).

lfd. Nr.	Name	Vorname	Betrieb/Dienststelle	Unterschrift

(eventuell Fortsetzung auf der Rückseite)

(Name, Vorname)

_____, den _____
(Ort)

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meine Zustimmung dazu, dass ich in dem Wahlvorschlag, der von _____ als Vertreter des Wahlvorschlags vertreten wird, als Bewerber für die Wahl zur **Vertrauensperson** der schwerbehinderten Menschen vorgeschlagen werde.

(Unterschrift des Bewerbers)

(Name, Vorname)

_____, den _____
(Ort)

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meine Zustimmung dazu, dass ich in dem Wahlvorschlag, der von _____ als Listenvertreter vertreten wird, als Bewerber für die Wahl zum **stellvertretenden Mitglied** der Schwerbehindertenvertretung vorgeschlagen werde.

(Unterschrift des Bewerbers)

Der Wahlvorstand für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

_____, den _____
(Ort)
erlassen und ausgehängt am _____
(Datum)
an folgender Stelle: _____
abgenommen am: _____
(Datum)

BEKANNTMACHUNG ÜBER EINE NACHFRIST ZUR EINREICHUNG VON WAHLVORSCHLÄGEN

für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung

Innerhalb von zwei Wochen seit Erlass des Wahlausschreibens vom _____ ist kein gültiger Wahlvorschlag für die Wahl der Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen und kein gültiger Wahlvorschlag für die Wahl des stellvertretenden Mitglieds der Schwerbehindertenvertretung/keine der Anzahl der zu wählenden stellvertretenden Mitglieder entsprechende Zahl von gültigen Wahlvorschlägen für die Wahl der stellvertretenden Mitglieder der Schwerbehindertenvertretung beim Wahlvorstand eingegangen.

Wir bitten die Wahlberechtigten, innerhalb einer Nachfrist von einer Woche, also spätestens

 am _____

schriftliche Wahlvorschläge beim Wahlvorstand einzureichen. Auf die Angaben im Wahlausschreiben vom _____ betreffend Inhalt und Form der Wahlvorschläge wird hingewiesen.

Geht auch innerhalb der Nachfrist kein gültiger Wahlvorschlag für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung ein, kann die Wahl nicht stattfinden.

(Unterschrift des
Vorsitzenden)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

Verteiler:

- 1) Aushang
- 2) Arbeitgeber/in zur Kenntnis
- 3) Betriebsrat/Personalrat zur Kenntnis
- 4) Wahlvorstand

Der Wahlvorstand für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

_____, den _____
(Ort)
erlassen und ausgehängt am _____
(Datum)
an folgender Stelle: _____
abgenommen am: _____
(Datum)

BEKANNTMACHUNG DER BEWERBER

für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung am _____

Mit gültigen Wahlvorschlägen werden vorgeschlagen:

1. Für die Wahl zur **Vertrauensperson** der schwerbehinderten Menschen

lfd. Nr.	Familienname (in alphabetischer Reihenfolge)	bei Namensgleichheit: Vorname	bei Namensgleichheit: Geb.-Datum

2. Für die Wahl zum **stellvertretenden Mitglied** der Schwerbehindertenvertretung

lfd. Nr.	Familienname (in alphabetischer Reihenfolge)	bei Namensgleichheit: Vorname	bei Namensgleichheit: Geb.-Datum

(Unterschrift des
Vorsitzenden)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

Verteiler:

- 1) Aushang
- 2) Arbeitgeber/in zur Kenntnis
- 3) Betriebsrat/Personalrat zur Kenntnis
- 4) Wahlvorstand

STIMMZETTEL

Dieser Stimmzettel besteht aus den Teilen 1. und 2.: **Bitte kennzeichnen Sie beide Teile!**

1. Wahl der **VERTRAUENSPERSON** der schwerbehinderten Menschen

Bitte kennzeichnen Sie den von Ihnen gewählten Bewerber für das Amt der Vertrauensperson durch Ankreuzen (⊗). Dieser Teil des Stimmzettels ist ungültig, wenn Sie mehr als **einen** Bewerber ankreuzen!

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

2. Wahl des **STELLVERTRETENDEN MITGLIEDS/der STELLVERTRETENDEN MITGLIEDER*** der Schwerbehindertenvertretung

Bitte kennzeichnen Sie den/die* von Ihnen gewählten Bewerber für das Amt des/der stellvertretenden Mitglieds/Mitglieder* durch Ankreuzen (⊗). Dieser Teil des Stimmzettels ist ungültig, wenn Sie mehr als _____ Bewerber ankreuzen!

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)

Die Bewerber sind jeweils in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

*Nichtzutreffendes bitte streichen!

Der Wahlvorstand für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

MERKBLATT
über die
SCHRIFTLICHE STIMMABGABE
(Briefwahl)

Der Wahlvorstand hat Ihnen folgende Unterlagen für die schriftliche Stimmabgabe (Briefwahl) ausgehändigt/übersandt:

- das Wahlausschreiben,
- den Stimmzettel und den Wahlumschlag,
- eine vorgedruckte, von Ihnen abzugebende Erklärung,
- einen Freiumschlag mit dem Vermerk „Schriftliche Stimmabgabe“.

Bitte geben Sie Ihre Stimme in folgender Weise ab:

1. Kennzeichnen Sie unbeobachtet persönlich den **Stimmzettel** und stecken Sie ihn in den **Wahlumschlag**. Den Wahlumschlag dürfen Sie nicht beschriften, sonst ist Ihr Stimmzettel ungültig.
2. Unterschreiben Sie unter Angabe von Ort und Datum die vorgedruckte **Erklärung**.
3. Stecken Sie den Wahlumschlag und die unterschriebene vorgedruckte Erklärung in den **Freiumschlag** und senden bzw. übergeben Sie den Freiumschlag so rechtzeitig dem Wahlvorstand, dass er dort vor Abschluss der Stimmabgabe vorliegt; der Termin ist im Wahlausschreiben angegeben.

Wähler, die infolge ihrer Behinderung in der Stimmabgabe beeinträchtigt sind, können eine Person ihres Vertrauens bestimmen, die in den Nummern 1 bis 3 bezeichneten Tätigkeiten behilflich sein soll (aber nicht durch Wahlbewerber, Mitglieder des Wahlvorstandes und Wahlhelfer).

Achtung: Bitte zusammen mit dem Wahlumschlag im Freiumschlag an den Wahlvorstand übersenden oder übergeben! **Nicht in den Wahlumschlag stecken!**

ERKLÄRUNG

Bitte entweder Text **1.** oder Text **2.** unterschreiben:

1. Ich versichere gegenüber dem Wahlvorstand, dass ich den Stimmzettel persönlich gekennzeichnet habe.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Wählers)

ODER

2. Ich versichere gegenüber dem Wahlvorstand, dass ich den Stimmzettel durch eine Person meines Vertrauens kennzeichnen ließ, da ich infolge meiner Behinderung in der Stimmabgabe beeinträchtigt bin/da ich des Lesens unkundig bin.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Wählers)

Wenn der Wähler nicht selbst
unterschreiben kann:

(Unterschrift der vom Wähler
zur Unterstützung benannten
Person)

WAHLUMSCHLAG

(Inhalt: Stimmzettel)

Adressfeld für Freiumschlag (z.B. DIN A5):

Absender:

(Name)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

An den Wahlvorstand
für die Wahl der Schwerbehindertenvertretung

ACHTUNG:
SCHRIFTLICHE
STIMMABGABE

eingegangen am _____

um _____ Uhr

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Der Wahlvorstand für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

_____, den _____
(Ort)

SITZUNGSNIEDERSCHRIFT

1. Die öffentliche Sitzung des Wahlvorstandes zur Auszählung der Stimmen und Feststellung des Wahlergebnisses fand am _____ von _____ bis _____ statt.

2. An der Sitzung nahmen teil

2.1 der vollständige Wahlvorstand: _____
(Namen)

2.2 Wahlhelfer: _____
(Namen)

3. Abgegeben wurden _____ Stimmzettel (verspätet eingegangene Freiumschräge zur schriftlichen Stimmabgabe sind in dieser Zahl nicht enthalten). Davon waren

_____ vollständig **gültig**,

_____ teilweise ungültig hinsichtlich der Wahl der Vertrauensperson

_____ teilweise ungültig hinsichtlich der Wahl des/der stellvertretenden Mitglieds/er,

_____ vollständig ungültig.

_____ Wahlumschläge wurden leer abgegeben.

4. Wahl der **Vertrauensperson**

_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung) Stimmen

_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung) Stimmen

_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung) Stimmen

_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung) Stimmen

_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung) Stimmen

Zur Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen ist (nach Losentscheid wegen Stimmgleichheit)* gewählt: _____
(Name, Vorname)

5. Wahl des **stellvertretenden Mitglieds** / der **stellvertretenden Mitglieder**:

_____	_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)	Stimmen
_____	_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)	Stimmen
_____	_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)	Stimmen
_____	_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)	Stimmen
_____	_____ gültige
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Art der Beschäftigung)	Stimmen

Zum stellvertretenden Mitglied der Schwerbehindertenvertretung ist/sind (nach Losentscheid wegen Stimmgleichheit)* gewählt:

Erstes stellvertretendes Mitglied: _____
(Name, Vorname)

Zweites stellvertretendes Mitglied: _____

Drittes stellvertretendes Mitglied: _____

(Unterschrift des
Vorsitzenden)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

Verteiler:
Wahlvorstand

Der Wahlvorstand für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

_____, den _____
(Ort)

Gegen Empfangsbestätigung

Sehr geehrte _____

Sie sind am _____ zur Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen/zum _____ stellvertretenden Mitglied der Schwerbehindertenvertretung* gewählt worden.

Die Wahl gilt als angenommen, wenn Sie nicht innerhalb von drei Arbeitstagen nach Zugang dieses Schreibens dem Wahlvorstand erklären, dass Sie die Wahl ablehnen.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift des
Vorsitzenden)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

Verteiler:

- 1) Bewerber
- 2) Wahlvorstand

Der Wahlvorstand für die Wahl
der Schwerbehindertenvertretung

_____, den _____
(Ort)
ausgehängt am _____ um _____ Uhr
(Datum, Uhrzeit)
an folgender Stelle: _____
abgenommen am: _____
(Datum)

WAHLERGEBNIS

Am _____ wurden gewählt:

➔ VERTRAUENSPERSON DER SCHWERBEHINDERTEN MENSCHEN

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

➔ STELLVERTRETENDE/S MITGLIED/ER DER SCHWERBEHINDERTENVERTRETUNG

1. stellvertretendes Mitglied

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail, Art der Beschäftigung, Betrieb/Dienststelle)

2. stellvertretendes Mitglied

3. stellvertretendes Mitglied

Ihre Amtszeit hat am _____ mit Bekanntgabe des Wahlergebnisses begonnen/beginnt
am _____ nach Ablauf der Amtszeit der bisherigen Schwerbehindertenvertretung und
endet am _____

(Unterschrift des
Vorsitzenden)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

(Unterschrift eines
weiteren Mitglieds)

Verteiler

- 1) Aushang
- 2) gewählte Bewerber
- 3) Arbeitgeber/in zur Kenntnis
- 4) Betriebs-/Personalrat zur Kenntnis
- 5) Integrationsamt zur Kenntnis
- 6) Agentur für Arbeit zur Kenntnis
- 7) Wahlvorstand

Feld für Absenderangabe bei Mitteilungen an Integrationsamt/Agentur für Arbeit

BA-Nr.

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

Bitte geben Sie bei Mitteilung an das Integrationsamt/Agentur für Arbeit die
vollständige Adresse der Firma/des Betriebes und die 8-stellige Betriebsnummer
(vergeben von der Agentur für Arbeit) an!