



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Integration
und Verbraucherschutz



Bewerbung

“Erfolg inklusiv -
Der Arbeitgeber*innen-Preis
des Landes Brandenburg 2024”

Bewerbung

„Erfolg inklusiv – Der Arbeitgeber*innen-Preis des Landes Brandenburg 2024“

Die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt hilft bei der Beseitigung von Fachkräftemangel und sorgt für Vielfalt im Betrieb. Viele Unternehmen erkennen die Potenziale der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen und gehen mit gutem Beispiel voran.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz verleiht gemeinsam mit dem Landesamt für Soziales und Versorgung unter dem Motto „Erfolg inklusiv“ den Arbeitgeber*innen-Preis des Landes Brandenburg.



Der Preis richtet sich an Unternehmen und Betriebe, einschließlich Inklusionsunternehmen, mit Sitz im Land Brandenburg. Prämiert werden vorbildliche Praxisbeispiele der Beschäftigung oder Ausbildung sowie besondere Initiativen zur Beschäftigungssicherung von Menschen mit Behinderungen.

Die Bewerbungsfrist endet am 31.10.2023

Die Gewinnerinnen und Gewinner erhalten neben einer Urkunde eine Prämie in Höhe von 5.000,00 Euro und die Berechtigung, das Logo des Preises auf ihrem Briefkopf zu führen sowie damit zu werben.

Die Verleihung des Preises erfolgt im Rahmen der Impuls Messe, am 16. Februar 2024 in Cottbus.

Betriebe und Dienststellen, die den Preis bereits erhalten haben, sind für 4 Jahre von einer erneuten Teilnahme an „Erfolg inklusiv – Der Arbeitgeber*innen-Preis des Landes Brandenburg“ ausgeschlossen.

Bitte bis zum 31.10.2023 an:

LASV
Jeanette Raden
Lipezker Straße 45, Haus 5
03048 Cottbus

Ansprechpartnerin:
Jeanette Raden
jeanette.raden@lasv.brandenburg.de

1. Informationen zum Unternehmen

1.1 Angaben zum Unternehmen

Kleinstunternehmen*

Kleinunternehmen*

Mittleres Unternehmen*

Großes Unternehmen*

Kategorie des Unternehmens	Mitarbeiterzahl: Jahresarbeitszeit (JAE)	Jahres- umsatz	oder	Jahresbilanz- summe
Mittelgroßes Unternehmen	< 250	≤ 50 Mio. EUR	oder	≤ 43 Mio. EUR
Klein- unternehmen	< 50	≤ 10 Mio. EUR	oder	≤ 10 Mio. EUR
Kleinst- unternehmen	< 10	≤ 2 Mio. EUR	oder	≤ 2 Mio. EUR

Anerkannter Inklusionsbetrieb**

Name des Unternehmens:

Betriebsnummer:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Internetauftritt:

Ansprechpartner:

Telefon:

E-Mail:

Branche:

*http://publications.europa.eu/resource/cellar/79c0ce87-f4dc-11e6-8a35-01aa75ed71a1.0004.01/DOC_1

**Förderung durch den Bereich Inklusionsbetriebe im Integrationsamt des Landesamtes für Soziales und Versorgung

Mitglied Handwerkskammer/Industrie- und Handelskammer:

Ja, welche?

Nein

Kurzbeschreibung des Unternehmens insgesamt:

1.2 Weitere Angaben zum Unternehmen

a) Anzahl der Beschäftigten insgesamt:

davon Anzahl der Beschäftigten mit Schwerbehinderung

(einschl. gleichgestellte Menschen):

b) Anzahl der Auszubildenden insgesamt:

davon Anzahl der Auszubildenden mit Schwerbehinderung

(einschl. gleichgestellte Menschen)

c) Verfügt Ihr Unternehmen über eine Schwerbehindertenvertretung***:

Ja

Name:

Telefon:

E-Mail:

Nein

d) Gibt es eine Inklusionsvereinbarung gemäß § 166 SGB IX:

Ja (bitte beifügen)

Nein

In Vorbereitung

***§ 177 SGB IX ab 5 nicht nur vorübergehend beschäftigten schwerbehinderten Menschen

e) Gibt es ein betriebliches Eingliederungsmanagement gemäß § 167 Abs. 2 SGB IX:

Ja (bitte beifügen)

Nein

In Vorbereitung

f) Erteilen Sie Aufträge an anerkannte Werkstätten für behinderte Menschen oder an Inklusionsunternehmen?

Ja, welche?

Nein

1.3 Förderleistungen/ Unterstützung

a) Ihr Unternehmen wird durch einen Integrationsfachdienst (IFD) unterstützt:

Ja – Berater:

Nein

b) Sie haben Leistungen für die Beschäftigung/Ausbildung von schwerbehinderten Menschen erhalten von/vom

Integrationsamt

Arbeitsagentur

Deutsche Rentenversicherung

HWK oder IHK

Sonstige (bitte benennen):

2. Maßnahmen für eine inklusive Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben im Unternehmen

a) Beschreiben Sie kurz, durch welche Maßnahmen Sie die inklusive Beschäftigung von schwerbehinderten oder gleichgestellten Menschen in Ihrem Unternehmen fördern (z.B. behinderungsgerechte Arbeitsplätze, besondere Arbeitszeitregelungen, Präventionsmaßnahmen bei Arbeitsplatzgefährdung, betriebliches Eingliederungsmanagement, betriebliche Gesundheitsfürsorge etc.):

- b) Beschreiben Sie kurz, durch welche Maßnahmen Sie die inklusive Ausbildung von schwerbehinderten oder gleichgestellten Menschen in Ihrem Unternehmen fördern (z.B. behinderungsgerechte Arbeitsplätze, besondere Arbeitszeitregelungen, Präventionsmaßnahmen bei Arbeitsplatzgefährdung, betriebliches Eingliederungsmanagement, betriebliche Gesundheitsfürsorge etc.):
- c) Unser Unternehmen engagiert sich auch über die Betriebsgrenzen hinaus, für die Inklusion in der Gesellschaft durch:

Die Richtigkeit der getätigten Angaben wird bestätigt.

Die personenbezogenen Daten werden bis zur Preisverleihung gespeichert – die Einwilligung setzen wir voraus. Zu einer öffentlichen Ehrung erteilen Sie Ihr Einverständnis.

Datum

Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers

Firmenstempel