**Inklusion im Betrieb**

|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsbereich / -platz: | Name eingeben |
| Mängel gemeldet an: | Name eingeben |
| besprochen mit: | Name eingeben |
| Prüfdatum: | Datum auswählen |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungsbedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Haben Sie sich im Betrieb, z. B. im Arbeitsschutzausschuss, schon mit dem Thema Inklusion beschäftigt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Sind die verschiedenen Fördermaßnahmen (Nachfrage bei den Integrationsämtern) für Inklusion bekannt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden Berater/Experten (z. B. Job Coaches) zur Unterstützung bei der Inklusion mit eingebunden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | In welchen Bereichen könnten Menschen mit Behinderung tätig werden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Gibt es die Möglichkeit für Menschen mit Behinderung, verschiedene Tätigkeiten auszuprobieren? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden Jugendliche mit Behinderung zu Praktika eingeladen, um ihnen eventuell eine Ausbildung anzubieten? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden die Arbeitsplätze und -prozesse von Anfang an barrierefrei gestaltet? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden bei der Beschaffung von Einrichtungsgegenständen und Software bevorzugt barrierefreie Produkte ausgewählt? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Werden die Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Betriebsarzt bei der barrierefreien Gestaltung der Arbeitsplätze eingebunden? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |
|  | Wird auf persönliche Sorgen und Nöte der Menschen mit Behinderung eingegangen? | Ja | Nein | Datum auswählen |       |

**Status:** In Bearbeitung