Der Wahlvorstand für die Wahl der   
Schwerbehindertenvertretung

, den

(Ort)

ausgehängt am um Uhr

(Datum und Uhrzeit)

an folgender Stelle:

abgenommen am

(Datum)

# **Wahlergebnis\*)**

Am wurden gewählt:

Vertrauensperson der Menschen MIT SCHWERBEHINDERUNG

(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)

1. stellvertretendes Mitglied

1. 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/der   
Vorsitzenden)

(Unterschrift eines   
weiteren Mitglieds)

(Unterschrift eines   
weiteren Mitglieds)

Feld für Absenderangabe bei Mitteilungen an Integrations-/  
Inklusionsamt/Agentur für Arbeit

BA-Nr. \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

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

**Verteiler:**

1. Aushang
2. Gewählte/-r Bewerber/-in
3. Arbeitgeber/-in zur Kenntnis
4. Betriebs-/Personalrat   
   zur Kenntnis
5. Integrations-/Inklusionsamt   
   zur Kenntnis
6. Agentur für Arbeit   
   zur Kenntnis
7. Wahlvorstand
8. gegebenenfalls   
   Stufenvertretung

– § 15 SchwbVWO, § 163 Absatz 8 SGB IX –

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen!