Die Wahlleitung für die Wahl der   
Schwerbehindertenvertretung

, den

(Ort)

erlassen und ausgehängt am

(Datum)

an folgender Stelle/folgenden Stellen:

abgenommen am

(Datum)

# **Wahlergebnis\*)**

Am wurden gewählt:

Vertrauensperson der Menschen MIT SCHWERBEHINDERUNG

(Name, Vorname, Telefonnummer, E-Mail, Betrieb/Dienststelle)

stellvertretende/s Mitglied/er der Schwerbehinderten-  
 vertretung

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 der Wahlleitung)

**Verteiler:**

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

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

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

1. Aushang
2. gewählte Bewerber/-innen
3. Arbeitgeber/-in zur Kenntnis
4. Betriebs-/Personalrat zur Kenntnis
5. Integrations-/Inklusionsamt   
   zur Kenntnis
6. Agentur für Arbeit   
   zur Kenntnis
7. ggf. Stufenvertretung
8. ggf. Intranet

– § 20 Absatz 4 und § 15 SchwbVWO,   
 § 163 Absatz 8 SGB IX –

\*) Nichtzutreffendes bitte streichen!