



# Verzeichnis

## nach § 163 Abs. 1 SGB IX der beschäftigten schwerbehinderten, ihnen gleichgestellten behinderten Menschen und sonstigen anrechnungsfähigen Personen für das Anzeigjahr 2018

**Hinweis:** Für jeden Betrieb bzw. jede Dienststelle ist ein Verzeichnis zu erstellen und gesondert der Anzeige beizufügen.  
Das Verzeichnis ist nur zu übersenden, wenn in dem Betrieb/der Dienststelle anrechnungsfähige behinderte Menschen beschäftigt sind.

### I. Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers (gem. Ziffer I der Anzeige)

\_\_\_\_\_  
(Name/Bezeichnung)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(PLZ) (Ort)

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

Betriebs-Nr. des Arbeitgebers (Hauptsitz)

### II.a) Bezeichnung und Anschrift des Betriebes / der Dienststelle für den / die dieses Verzeichnis gilt:

\_\_\_\_\_  
(Name/Bezeichnung)

\_\_\_\_\_  
(Straße)

\_\_\_\_\_  
(PLZ) (Ort)

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

Betriebs-Nr. des Betriebes/der Dienststelle

### b) Dauer der Betriebstätigkeit:

- ganzjährige Betriebstätigkeit: ja  nein

- wenn nein: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_



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

Betriebs-Nr. des Arbeitgebers (Hauptsitz)

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

Betriebs-Nr. des Betriebes/der Dienststelle

1	Name				
2	Vorname				
3	Geburtsdatum <sup>1</sup>				
4	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
5	Geschäftsführer einer GmbH (u. a.) (s. Erläuterungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6	Wochenarbeitszeit 18 Stunden und mehr: bei nein ist Zeile 7 auszufüllen (s. Erläuterungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7	Wochenarbeitszeit unter 18 Std. nach § 158 Abs. 2 S. 2 SGB IX (Altersteilzeit): (s. Erläuterungen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Beschäftigt seit: <sup>1</sup>				
9	Beschäftigt bis: <sup>1</sup>				
10	Ausbildungsbeginn am: <sup>1</sup>				
11	Ausbildungsende am: <sup>1</sup>				
12	Personengruppe (s. Erläuterungen)				
Nachweis über die Angaben der Zeile 12:					
12 a	Ausstellende Behörde				
12 b	Ausweis-Nr./Geschäftszeichen				
12 c	Gültigkeit ab: <sup>1</sup>				
12 d	Befristung bis: <sup>1 2</sup> (bei Wegfall nach § 199 SGB IX s. Erl.)	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> unbefristet	<input type="checkbox"/> unbefristet

<sup>1</sup> Datumsangaben immer in der Form TT.MM.JJJJ (z.B. 18.12.2018) eintragen. <sup>2</sup> Bitte die Befristung angeben oder „unbefristet“ ankreuzen.