

## **Antragsformular Schlichtungsverfahren nach § 13a Hamburgisches Behindertengleichstellungsgesetz (HmbBGG)**

**Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es im Anschluss an:**

Schlichtungsstelle HmbBGG  
c/o Öffentliche Rechtsauskunft- und Vergleichsstelle (ÖRA)  
Dammtorstraße 14  
20354 Hamburg  
Tel. 040 / 42843 3056

Oder per Mail an: [schlichtungsstelle-hmbbagg@soziales.hamburg.de](mailto:schlichtungsstelle-hmbbagg@soziales.hamburg.de)

**Wenn Sie Unterstützung beim Ausfüllen des Formulars benötigen, wenden Sie sich gerne an die oben genannte Geschäftsstelle der ÖRA. Pflichtfelder sind mit einem \* gekennzeichnet.**

### **Eigene Angaben der antragstellenden Person oder des Verbands**

**Vor- und Nachname\***, ggf. Verbandsname  
(bei Verbandsantrag)

Ansprechperson (bei Verbandsantrag)  
oder ggf. unterstützende Person

### **Kontaktdaten**

Anschrift\* (Straße, Hausnummer)

Postleitzahl, Ort\*

*Gerne können Sie eine Telefonnummer oder E-Mail-Adresse zur einfacheren Kontaktaufnahme angeben (optional):*

Telefonnummer (tagsüber erreichbar)

E-Mail-Adresse

### **Gegen wen richtet sich Ihr Anliegen?**

Bitte geben Sie möglichst den genauen Namen und Anschrift der **öffentlichen Stelle in Hamburg** an (Behörde, Bezirksamt, Landesbetrieb, öffentliches Unternehmens etc.):

Name der öffentlichen Stelle \*

Anschrift (Straße, Hausnummer)\*

Postleitzahl, Ort\*

Zuständiger Fachbereich (*soweit bekannt*)

## **Antragsformular Schlichtungsverfahren nach § 13a Hamburgisches Behindertengleichstellungsgesetz (HmbBGG)**

### **Beschreibung Ihres Anliegens**

*Was ist passiert? Wann und wie ist es passiert? (Bitte schildern Sie den Sachverhalt)\**

*In welchem Bereich fühlen Sie sich ungerecht behandelt/diskriminiert? Welche Rechte aus dem HmbBGG sind betroffen? (Mehrfachnennung möglich)*

Barrierefreiheit in den Bereichen Bau und Verkehr,  
Barrierefreie Kommunikation und Gebärdensprache,  
Gestaltung von Bescheiden und Formularen,  
Verständlichkeit und Leichte Sprache,  
Barrierefreie Informationstechnik  
Sonstiges (*Bitte erläutern*):

*Welches Ziel wollen Sie mit dem Schlichtungsverfahren erreichen? Was erwarten Sie von der öffentlichen Stelle?\**

*Haben Sie die öffentliche Stelle bereits auf den Sachverhalt hingewiesen?*

Ja

Nein

## **Antragsformular Schlichtungsverfahren nach § 13a Hamburgisches Behindertengleichstellungsgesetz (HmbBGG)**

Wenn Sie möchten, können Sie **Dokumente zur Klärung oder Erläuterung beifügen**. Bitte senden Sie diese ggf. **als Kopie** per Post oder Mail zusammen mit diesem Formular mit.

### **Hinweise**

- *Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz. Die Mitarbeitenden der Schlichtungsstelle sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Der beteiligte Antragsgegner wird aber durch die Schlichtungsstelle über Ihr Anliegen in Kenntnis gesetzt.*
- *Das Schlichtungsverfahren ist für alle Beteiligten kostenlos.*
- *Sie können Ihren Antrag jederzeit ohne Begründung zurücknehmen.*
- *Erläuterungen zur Antragstellung finden Sie auf unserer Website [www.hamburg.de/schlichtungsstelle-behinderung](http://www.hamburg.de/schlichtungsstelle-behinderung)*