

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

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)

Benachteiligungsverbot
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*