Staatliches Schulamt Heilbronn | Rollwagstraße 14 | 74072 Heilbronn KSTV (1) 2025

**Anhörung der Lehrkraft gemäß § 28 LVwVfG (Bestellung Krankheitsstellvertretung)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name:\*** |  | **schwerbehindert\*** |
| **Vorname:\*** |  | [ ]  **ja** [ ]  **nein** |
| **Stammschule:** |  |  |
| **Derzeitiges Deputat:\*** | /      |  |
| **Stufenschwerpunkt/Fächer:\*** |  | **Probezeit\*** |
| **Wohnort:\*** |  | [ ]  **ja** [ ]  **nein** |
| **Telefon:\*** |  |  |
| **Mail-Adresse:\*** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Die schwerbehinderte Lehrkraft wurde darüber informiert, dass die Schwerbehindertenvertretung unterrichtet und vor der Entscheidung angehört wird. Eine Kopie dieses Schreibens wird die Schule an die Schwerbehindertenvertretung senden.** |

**Es ist beabsichtigt, die oben benannte Lehrkraft im Schuljahr \_\_\_\_\_\_\_\_
im Umfang von \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Stunden als Krankheitstellvertreter/in zu bestellen.**

**\* Pflichtfelder, bitte in jedem Fall ausfüllen**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Die GLK wurde am \_\_\_\_\_ über die aktuelle Versorgungslage informiert.**  |
|  |  |
| [ ]  | **Die Lehrkraft wurde darüber informiert, dass der Personalrat und die Beauftragte für Chancengleichheit beraten und unterstützen können.** |

**Die Lehrkraft ist damit einverstanden und hat keine Einwendungen erhoben.** [ ]  **JA** [ ]  **NEIN**

**Die Lehrkraft hat eine schriftliche Stellungnahme abgegeben.** [ ]  **JA** [ ]  **NEIN**

**Ich wurde zu dieser beabsichtigten Maßnahme angehört. Eine Kopie
des Anhörungsprotokolls und des Merkblatts wurde mir ausgehändigt.**

Der ÖPR beim Staatlichen Schulamt Heilbronn stimmt der geplanten Maßnahme des SSA Heilbronn

[ ]  **zu.** [ ]  **nicht zu.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum Unterschrift der Lehrkraft**

\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum Unterschrift SSA / Schulleitung**

**Vom Personalschulrat / Personalschulrätin auszufüllen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Abordnung/Versetzung**  | [ ]  **dienstlich** | [ ]  **persönlich** |

**Zuständige/r Personalschulrätin/Personalschulrat Kurzzeichen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**