



Eingangsstempel



**BÜRO DES UNABHÄNGIGEN  
BEDIENTETENSCHUTZ-  
BEAUFTRAGTEN**

**STELLE ZUR BEKÄMPFUNG  
VON DISKRIMINIERUNGEN**

A-1190 Wien, Muthgasse 62,

Telefon: 01-4000-38950

Fax: 01-4000-99-38955

e-mail: post@bsb.wien.gv.at

DVR: 0000191

**Einleitung eines Schlichtungsverfahrens gem. § 7a Wiener  
Antidiskriminierungsgesetz**

**Schlichtung begehrende Person:**

NAME:	
VORNAME:	geb:
Straße, Nr.:	Plz, Ort:
Tel/Fax:	E-Mail:
<u>Besondere Bedürfnisse (z.B.: Gebärdendolmetsch):</u>	
Art der Behinderung (körperlich, psychisch, sinnesbehindert, geistig, sozial-emotional):	
<b><u>Vertreter/in:</u></b>	
NAME:	
VORNAME:	
Straße, Nr.:	Plz, Ort:
Tel/Fax:	E-Mail:

**Schlichtungspartner/in:**

BEHÖRDE/RECHTSTRÄGER:	
NAME:	
VORNAME:	
Straße, Nr.:	Plz, Ort:
Tel/Fax:	E-Mail:

1. Bevor ich als Schlichtung begehrende Person meine Rechtsansprüche aus dem Titel des Wiener Antidiskriminierungsgesetzes über die ordentlichen Gerichte geltend mache, muss ich aus gesetzlichen Gründen versuchen, mit meinem/r Schlichtungspartner/in eine gütliche Einigung in dieser Angelegenheit herbeizuführen.  
Dies kann nur bei der Stelle zur Bekämpfung von Diskriminierungen erfolgen.
2. Das Schlichtungsverfahren endet mit der Einigung oder mit der Zustellung einer Bestätigung der Stelle zur Bekämpfung von Diskriminierungen, dass keine gütliche Einigung erzielt werden konnte.
3. Auf Grund des nachstehend angeführten Vorbringens begehre ich die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens nach § 7 a Wiener Antidiskriminierungsgesetz.

**WICHTIGE HINWEISE:**

1. **Bitte beachten Sie allfällige behördliche , gesetzliche oder gerichtliche Fristen in Ihrer Rechtsangelegenheit und holen Sie die dazu notwendigen Informationen ein.**



**BÜRO DES UNABHÄNGIGEN  
BEDIENTETENSCHUTZ-  
BEAUFTRAGTEN**

**STELLE ZUR BEKÄMPFUNG  
VON DISKRIMINIERUNGEN**

A-1190 Wien, Muthgasse 62,

Telefon: 01-4000-DW

Fax: 01-4000-99-38955

e-mail: post@bsb.wien.gv.at

DVR: 0000191

2. Das Blatt mit Ihrem Vorbringen wird mit der Einladung zum Schlichtungsgespräch an den/die Schlichtungspartner/in mitgesendet!

Bitte füllen Sie die nachstehenden Felder aus!

Schlichtungswerber/in:	Schlichtungspartner/in:
NAME:	BEHÖRDE/RECHTSTRÄGER:
VORNAME:	
	NAME/Vorname:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
Plz, Ort:	Plz, Ort:

**Vorbringen der Schlichtungswerberin/des Schlichtungswerbers**

<b>Wer</b> hat Sie (aus Ihrer Sicht) diskriminiert?	
<b>Wann</b> fand die Diskriminierung statt?	

<b>Wo</b> fand die Diskriminierung statt?	
<b>Wie</b> , auf welche Art und Weise, wurden Sie diskriminiert?	
<b>Was</b> wollen Sie mit der Schlichtung erreichen? Was erwarten Sie von Ihrer Schlichtungspartnerin/ Ihrem Schlichtungspartner?	

Falls der Platz nicht ausreichen sollte, setzen Sie bitte Ihre Darstellung auf einem Beiblatt fort.

- 3. Bitte beachten Sie allfällige behördliche, gesetzliche oder gerichtliche Fristen in Ihrer Rechtsangelegenheit und holen Sie die dazu notwendigen Informationen ein.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift