



**Anti-Diskriminierung**  
UNABHÄNGIGER BEDIENSTETENSCHUTZ 

**STELLE ZUR BEKÄMPFUNG  
VON DISKRIMINIERUNGEN**  
A-1190 Wien, Muthgasse 62  
Telefon: (+43 1) 4000-38950  
Fax: (+43 1) 4000-99-38960  
E-Mail: post@bsb.wien.gv.at

**Einleitung eines Schlichtungsverfahrens  
gemäß § 7a Wiener Antidiskriminierungsgesetz**

**Schlichtungsgeber\*in:**

Name:	geb.:
Vorname:	
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Tel., Fax:	E-Mail:

**Vertreter\*in:**

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\*meiner 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 einer 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 beantrage ich die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens nach § 7a Wiener Antidiskriminierungsgesetz.

#### **WICHTIGE HINWEISE:**

##### **Fristen:**

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

##### **Datenschutz:**

**Das Blatt mit Ihrem Vorbringen wird bei der Stelle zur Bekämpfung von Diskriminierungen elektronisch verarbeitet und gespeichert, um unsere Aufgaben gemäß § 7a Wiener Antidiskriminierungsgesetz wahrnehmen zu können. Mit der Einladung zum Schlichtungsgespräch werden Ihre Daten und Ihr Vorbringen an den\*die Schlichtungspartner\*in weitergeleitet.**

##### **Verschwiegenheit:**

**Im Sinne des § 8 Abs. 4 Wiener Antidiskriminierungsgesetz geben wir Ihre Daten außer an den\*die Schlichtungspartner\*in nicht an andere Personen oder Dienststellen des Magistrats weiter.**

**Mit der Übermittlung Ihrer Daten stimmen Sie dieser Vorgehensweise zu.**

**Schlichtungswerber\*in:**

	Behörde/Rechtsträger:
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:

**Schlichtungspartner\*in:****Vorbringen Schlichtungswerber\*in:**

Wer hat Sie diskriminiert?

Auf welche Art und Weise wurden Sie diskriminiert?

Wann fand die Diskriminierung statt?

Wo fand die Diskriminierung statt?

Was wollen Sie mit der Schlichtung erreichen bzw. was erwarten Sie von Ihrem\*Ihrer Schlichtungspartner\*in (Ziele)?

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift