

Eingangsstempel



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

Schlichtungswerberin bzw. Schlichtungswerber:

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

Vertreterin bzw. Vertreter:

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

Schlichtungspartnerin bzw. Schlichtungspartner:

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 meiner Schlichtungspartnerin bzw. meinem Schlichtungspartner 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 § 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 in 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 an die Schlichtungspartnerin bzw. den Schlichtungspartner weitergeleitet.

Im Sinne des § 8 Abs. 4 Wiener Antidiskriminierungsgesetz werden Ihre Daten außer an die Schlichtungspartnerin bzw. den Schlichtungspartner nicht an dritte Personen oder Dienststellen des Magistrats weitergegeben.

Mit der Übermittlung Ihrer Daten stimmen Sie dieser Vorgehensweise zu.

**Schlichtungswerberin bzw.
Schlichtungswerber:****Schlichtungspartnerin bzw.
Schlichtungspartner:**

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

Vorbringen Schlichtungswerberin bzw. Schlichtungswerber:

Wer hat Sie (aus Ihrer Sicht) diskriminiert?
Wie (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 Ihrer Schlichtungspartnerin bzw. von Ihrem Schlichtungspartner?

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

Ort, Datum

Unterschrift