# **Dokumentation einer Beschwerde Erst- und Verweisberatung**

**nach der Satzung der HfM Berlin**

**zum Schutz vor Diskriminierung, Belästigung und Gewalt**

**Eingang der Beschwerde**

am:

bei:

* schriftlich
* mündlich

**Beschwerdeführende Person**

tätig als:

Abteilung/Bereich und Vorgesetzte\*r:

Studiengang und Hauptfachlehrer\*in:

 **Ermittlung des Sachverhalts/Gegenstand der Beschwerde**

**1 Was ist passiert? (aus Sicht des/der Beschwerdeführer\*in)**

**2 Von wem ging die Benachteiligung aus?**

* Vorgesetzte\*r
* andere Beschäftigte
* Lehrende\*r
* Student\*in
* dritte Person

**3 Welches Merkmal ist betroffen?**

* Geschlecht
* Lebensalter
* sexuelle Identität
* Religion/Weltanschauung
* Behinderung
* ethnische Herkunft/rassistische Zuschreibung
* Sonstiges

**4 Handelt es sich um eine Beschwerde wegen**

* unmittelbarer Diskriminierung
* mittelbarer Diskriminierung
* sexualisierter Belästigung
* sexualisierter Gewalt
* Grenzverletzung
* Machtmissbrauch
* Stalking
* Cyberstalking
* Mobbing

**5 Wo und wann hat die Benachteiligung stattgefunden?**

**6 Gibt es Zeug\*innen und/oder Belege?**

* ja
* nein

Falls ja, welche?

**7 Wurde der/die Vorgesetzte/Abteilungsleitung informiert?**

* ja
* nein

Falls ja, wann und was hat diese Person bereits unternommen?

**8 Wurden bereits weitere Beratungsstellen der HfM einbezogen und was haben diese unternommen?**

**Falls eine Weiterleitung an die offizielle Beschwerdestelle gewünscht ist:**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die oben aufgeführten Angaben zur Überprüfung des Sachverhalts an die Hochschulleitung weitergegeben werden. Damit entbinde ich die Beratungsstelle von der Schweigepflicht gegenüber der Hochschulleitung und reiche offiziell Beschwerde ein. Die Schweigepflicht gegenüber anderen Personen bleibt bestehen.

Datum, Ort Name Unterschrift

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