

Fallaktenzeichen	
Sachbearbeiter	

Durchführung des Kündigungsschutzes nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Antrag auf Zustimmung zur

- ordentlichen Kündigung**
- außerordentlichen Kündigung**
- Änderungskündigung**
- sonstigen Beendigung des Arbeitsverhältnisses**
(z.B. wegen tarifrechtlicher Regelung in den Fällen der Gewährung von teilweiser Erwerbsminderungsrente oder Erwerbsminderungsrente auf Zeit)

Angaben zum Arbeitgeber

Name und Anschrift des Arbeitgebers	
Name und Telefonnummer:	
Ansprechpartner für das Integrationsamt:	
Schwerbehindertenvertretung:	
Vorsitzender Betriebs-/Personalrat:	

Angaben zur Person des schwerbehinderten/gleichgestellt behinderten Arbeitnehmers

Name, Vorname:		Geburtsdatum:
Anschrift:		
Familienstand:	Zahl der zu unterhaltenden Kinder:	Telefonnummer:
<input type="checkbox"/> schwerbehindert	<input type="checkbox"/> gleichgestellt behindert	Grad der Behinderung:
<input type="checkbox"/> Antrag auf Gleichstellung bei der Agentur für Arbeit gestellt am:		
<input type="checkbox"/> Antrag auf Feststellung gestellt am:		

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter	beschäftigt seit:	Arbeitsentgelt (netto) monatlich EUR:
Art der Tätigkeit:		
die Kündigung ist vorgesehen zum:	die Kündigungsfrist beträgt:	ein geltender Tarifvertrag ist vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
die ordentliche Kündigung ist durch Tarifvertrag ausgeschlossen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zum Betrieb bzw. zur Dienststelle des Arbeitgebers

Betriebsnummer lt. Agentur für Arbeit:	
Das Unternehmen besteht aus <input type="checkbox"/> einer Betriebsstätte <input type="checkbox"/> mehreren Betriebsstätten	
Betriebsstätte, in der der schwerbehinderte Mensch beschäftigt ist: <input type="checkbox"/> selbständige Betriebsstätte (i.S.d. §§ 1, 4 BetrVG, mindestens 5 Mitarbeiter und betriebsratsfähig) <input type="checkbox"/> unselbständige Betriebsstätte	
Bezeichnung der Betriebsstätte, Anschrift:	
Arbeitsplätze insgesamt:	Anzahl der beschäftigten schwerbehinderten/gleichgestellt behinderten Arbeitnehmer:
Sind weitere Entlassungen beabsichtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viele: darunter schwerbehinderte/gleichgestellt behinderte Arbeitnehmer:	
Die Einstellung bzw. der Arbeitsplatz des Arbeitnehmers wurde mit öffentlichen Mitteln geför- dert (z.B. von der Agentur für Arbeit) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch	

Fragen zum Verfahren und zum Sachverhalt: (bitte ankreuzen)

	ja	nein
Ist die Schwerbehindertenvertretung über den Sachverhalt rechtzeitig und umfas- send unterrichtet und vor der Antragstellung gehört worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Betriebs-/Personalrat über den Sachverhalt unterrichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist geprüft worden, ob für den Arbeitnehmer ein anderer geeigneter Arbeitsplatz vorhanden ist? (evtl. nach Anpassung des Arbeitsplatzes an die Behinderung durch eine behindertengerechte Ausstattung) Bitte erläutern Sie Ihre Antwort!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Möglichkeit der Einarbeitung/Umschulung/Ausbildung im Betrieb zur Ver- meidung der Entlassung geprüft worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist beabsichtigt, auf den freiwerdenden Arbeitsplatz einen anderen Arbeitnehmer einzustellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Begründung der beabsichtigten Kündigung:

(bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Betriebsauflösung/Stilllegung
<input type="checkbox"/>	wesentliche Betriebseinschränkung
<input type="checkbox"/>	Wegfall des Arbeitsplatzes aus anderen Gründen
<input type="checkbox"/>	Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit (bitte Gesamtzahl der in den letzten 5 Jahren aufgetretenen krankheitsbedingten Fehlzeiten, getrennt nach Arbeitstagen pro Jahr angeben)
<input type="checkbox"/>	Leistungseinschränkung wegen Krankheit/Behinderung
<input type="checkbox"/>	behinderungsunabhängige Leistungsmängel
<input type="checkbox"/>	persönliches Fehlverhalten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Antragsbegründung:

Darstellung des Sachverhalts unter Angabe des betriebs-, personen- oder verhaltensbedingten Kündigungsgrundes. Bitte legen Sie Ihre Kündigungsgründe im Einzelnen dar und vermeiden Sie allgemeine Angaben. Belegen Sie Ihre Kündigungsgründe gegebenenfalls durch Vorlage von nachprüfbaren Belegen (Abmahnungen, Zeugenaussagen u.ä.)

Bei außerordentlicher Kündigung:

Wann (genaues Datum) haben Sie von den für die außerordentliche Kündigung maßgeblichen Tatsachen Kenntnis erlangt?

Hinweis:

Bevor das Integrationsamt über Ihren Antrag entscheidet, holt es eine Stellungnahme des Betriebs-/Personalrates sowie der Schwerbehindertenvertretung ein und hört den schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen an. Das Integrationsamt ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen.

Bitte kennzeichnen Sie die Unterlagen, die nicht weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum, Unterschrift