

Antrag auf Zustimmung gemäß §§ 168 ff. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) zur Beendigung/Änderung eines Arbeitsverhältnisses

Antrag und Anlagen bitte dreifach einreichen. Eine Kündigung ist erst dann zulässig, wenn die Zustimmung des Integrationsamtes vorliegt!

Ansprechpartner/in beim Arbeitgeber	
Telefon	Fax
E-Mail	

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

Eingangsstempel

Aktenzeichen des Integrationsamtes

Zustimmung	<input type="checkbox"/> ordentliche fristgerechte Kündigung <input type="checkbox"/> außerordentliche Kündigung mit sozialer Auslaufrfrist <input type="checkbox"/> außerordentliche fristlose Kündigung <input type="checkbox"/> Beendigung ohne Kündigung nach § 175 SGB IX
Änderung	<input type="checkbox"/> ordentliche Änderungskündigung <input type="checkbox"/> außerordentliche Änderungskündigung <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>

Ihre Angaben sind erforderlich, um den Zustimmungsantrag zu bearbeiten. Alle Mitarbeiter/innen des Integrationsamtes sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Daten werden ggf. an Dritte übermittelt. Beachten Sie dazu bitte die unten stehenden Hinweise zum Datenschutz.

1. Allgemeine Angaben

1.1 Antragsteller/in (Arbeitgeber/in)

Betriebsnummer

Firma, Name

Anschrift des Unternehmens (Hauptsitz)

1.2 Betriebsrat/Personalrat ist vorhanden

nein ja

Name des Vorsitzenden/der Vorsitzenden

Telefon

Telefax

E-Mail-Adresse

ggf. abweichende Anschrift

1.3 Schwerbehindertenvertretung ist vorhanden nein ja örtlich überörtlich

Falls im Beschäftigungsbetrieb keine Schwerbehindertenvertretung gewählt ist, geben Sie bitte (falls vorhanden) die Kontaktdaten der Gesamt-, Bezirks-, Haupt- oder Konzernschwerbehindertenvertretung an.

Name der Vertrauensperson

Telefon

Telefax

E-Mail-Adresse

ggf. abweichende Anschrift

1.4 Das Unternehmen besteht aus einer Betriebsstätte mehreren Betriebsstätten

bei mehreren Betriebsstätten: Betriebsstätte, in der der/die Beschäftigte tätig ist (Bezeichnung, Anschrift)

Dies ist eine

selbständige Betriebsstätte

(i. S. d. §§ 1, 4 BetrVG;
mind. 5 Mitarbeiter/innen,
und betriebsratsfähig)

unselbständige Betriebsstätte

Anzahl der Beschäftigten in der Betriebsstätte/
Dienststelle des/der Beschäftigten

insgesamt

davon schwerbehindert/
gleichgestellt

Sind weitere Entlassungen beabsichtigt?

[Angabe nur bei betriebsbedingter
Kündigung erforderlich]

nein

ja,

insgesamt

davon schwerbehindert/
gleichgestellt

2. Betroffene/r Beschäftigte/r

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift/
Telefon

Straße, Hausnummer

Telefon

PLZ

Wohnort

Der/die betreffende Beschäftigte ist gleichgestellt

anerkannt
schwerbehindert

Grad der anerkannten Behinderung (GdB)

Gültigkeit des Schwerbehindertenausweises von

Datum

bis

Datum

Ein Antrag auf Feststellung einer
Schwerbehinderung/Gleichstellung wurde gestellt
bei

am

Datum

Der/die betreffende Beschäftigte
bezieht eine Rente

nein

ja

beantragt am:

Datum

Leistungsträger der Rente (Adresse/AZ)

Rentenart

3. Angaben zum Arbeitsverhältnis

Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (bitte ggf. schriftliche Tätigkeitsbeschreibung beifügen)

<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit mit	<input type="text"/>	von	<input type="text"/>	Stunden
beschäftigt seit		beschäftigt als			
Kündigungsfrist		Geltender Tarifvertrag			
Die ordentliche Kündigung ist ausgeschlossen					
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nach	<input type="text"/>			
Ein Sozialplan liegt vor (Angabe nur bei betriebsbedingter Kündigung erforderlich)					
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beifügen)				
Ein Interessenausgleich liegt vor (Angabe nur bei betriebsbedingter Kündigung erforderlich)					
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beifügen)				
Die Einstellung bzw. der Arbeit Arbeitsplatz wurde/wird mit öffentlichen Mitteln gefördert					
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, durch	<input type="text"/>			

4. Kündigungssachverhalt

Bitte geben Sie den genauen Kündigungssachverhalt an.
 Bitte legen Sie die Kündigungsgründe im Einzelnen dar und vermeiden Sie allgemeine Angaben. Geben Sie krankheitsbedingte Fehlzeiten bitte in Arbeitstagen an. Belegen Sie Ihre Kündigungsgründe ggf. durch Vorlage von Abmahnungen, Zeugenaussagen, ärztliche Atteste, Stellungnahmen des Betriebsarztes. (bei Bedarf weitere Textblätter verwenden).

Bitte geben Sie an, was Sie bereits unternommen haben, um die Kündigung zu vermeiden
 (z. B. Präventionsverfahren nach § 167 Abs. 1 SGB IX, Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 167 Abs. 2 SGB IX).

5. Hinweis

Bevor das Integrationsamt über den Antrag entscheidet, holt es unter Beifügung einer Kopie Ihres Antrages eine Stellungnahme des betroffenen Arbeitnehmers, des Betriebsrates/Personalrates und der Schwerbehindertenvertretung ein.

6. Datenschutz

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die von uns in diesem Antrag und im Laufe des Verfahrens gemachten Angaben (samt Anlagen) über Betriebs- und Geschäftsverhältnisse zur Stellungnahme an den Beschäftigten/die Beschäftigte, den Betriebs-/Personalrat, die Schwerbehindertenvertretung und an den Integrationsfachdienst weitergeleitet werden, soweit dies erforderlich sein sollte (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und dass ich dieser Datenübermittlung jederzeit formlos widersprechen kann,
- die von mir in diesem Antrag und im Laufe des Verfahrens gemachten Angaben (samt Anlagen) über Betriebs- und Geschäftsverhältnisse im Rahmen eines sich möglicherweise anschließenden gerichtlichen Verfahrens an das Verwaltungsgericht übermittelt werden,
- ich am Verfahren mitwirken soll und
- meine fehlende Mitwirkung zur Folge haben kann, dass die Zustimmung zur Kündigung nur deshalb nicht erteilt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

7. Nur auszufüllen bei Betriebsschließungen oder Insolvenzverfahren

Kündigungsschutzverfahren gem. § 172 (1) S.1 SGB IX oder § 172 (3) SGB IX i. V. m. § 171 (5) SGB IX

Voraussetzungen gem. § 172 (1) S.1 SGB IX (Betriebsschließungen)

Liegt eine Betriebsschließung nicht nur vorübergehend vor? ja nein

Wird nach Ausspruch der Kündigung mind. 3 Monate Lohn / Gehalt gezahlt? ja nein

Bestehen andere Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten in einer anderen Ihrer Betriebsstätten? ja nein

Wenn ja, welche:

Wurde ein Insolvenzverfahren eröffnet? (Ausfertigung des Beschlusses des Amtsgerichtes bzw. Insolvenzgerichtes als Anlage beifügen) ja nein

Ist der schwerbehinderte Mensch gem. § 125 InsO in einem Interessenausgleich namentlich als einer der zu kündigenden Mitarbeiter bezeichnet? ja nein

Ist die Schwerbehindertenvertretung beim Zustandekommen des Interessenausgleichs im Sinne des § 178 (2) SGB IX beteiligt worden? ja nein

Ist der Anteil der nach dem Interessenausgleich zu entlassenden schwerbehinderten Menschen an der Zahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen nicht größer als der Anteil der zu entlassenden übrigen Arbeitnehmer gemessen an der Zahl der beschäftigten übrigen Arbeitnehmer? ja nein

Wenn ja, diesen Anteil darstellen:

Ist die Gesamtzahl der schwerbehinderten Menschen, die nach dem Interessenausgleich bei dem Arbeitgeber verbleiben sollen, zur Erfüllung der Beschäftigungspflicht nach § 154 SGB IX ausreichend? ja nein

Wenn alle Voraussetzungen des § 172 (1) S1SGB IX oder des § 172 (3) SGB IX erfüllt sind, hat das Integrationsamt innerhalb eines Monats nach Antragseingang die Entscheidung zu treffen. Ist die Entscheidung bis zum Ablauf der Frist nicht getroffen, gilt die beantragte Zustimmung zur Kündigung als erteilt (§ 171 Abs. 5 SGB IX).

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers / Insolvenzverwalters