

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers	Für Rückfragen steht zur Verfügung:		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Telefonisch</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Telefax</td> </tr> </table>	Telefonisch	Telefax
Telefonisch	Telefax		
	ggf. Geschäftszeichen des Arbeitgebers		
	Bitte beachten: Eine Kündigung ist erst zulässig, wenn die Zustimmung des Integrationsamtes vorliegt. Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen oder ausfüllen.		

Antrag auf Zustimmung gemäß §§ 85 ff Sozialgesetzbuch Buch IX (SGB IX) zur beabsichtigten

ordentlichen fristgerechten Kündigung außerordentlichen fristlosen Kündigung
 außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslaufzeit ordentlichen Änderungskündigung
 außerordentlichen Änderungskündigung Beendigung nach § 92 SGB IX ohne Kündigung

1	Angaben zum schwerbehinderten Menschen		
Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Hs.Nr., PLZ, Wohnort)			
Familienstand	Zahl der zu unterhaltenden Kinder	Telefonnummer	
Grad der Behinderung <input type="checkbox"/> schwerbehindert mit einem Grad von		(bitte Kopie des Ausweises beigeben)	<input type="checkbox"/> einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt
<input type="checkbox"/> hat erst am		Antrag auf Feststellung beim zuständigen Versorgungsamt gestellt.	
Datum und Aktenzeichen		<input type="checkbox"/> des Feststellungsbescheides	<input type="checkbox"/> des Gleichstellungsbescheides
Ausstellungsbehörde			
Beschreibung der Behinderung (soweit bekannt)			
Für den schwerbehinderten Menschen ist ein Betreuer bestellt (soweit bekannt)			
2	Beschäftigungsverhältnis		
<input type="checkbox"/> Vollzeit	beschäftigt seit	Arbeitsentgelt (brutto)	
<input type="checkbox"/> Teilzeit mit	Stunden		
Art der Tätigkeit			
Kündigung			
vorgesehen am	Kündigungsfrist	Ein geltender Tarifvertrag ist vorhanden	
		<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja,	
Die ordentliche Kündigung ist durch Tarifvertrag ausgeschlossen		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
3	Sozialleistungen des Betriebes		
Eine betriebliche Altersversorgung wird gewährt		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Die Anwartschaft ist unverfallbar.	<input type="checkbox"/> Die Anwartschaft wäre ab		unverfallbar.
Andere betriebliche Leistungen zur Kündigung (z.B. Sozialplan)			

4 Angaben zum Betrieb des Arbeitgebers			
Das Unternehmen besteht aus		<input type="checkbox"/> einer Betriebsstätte.	<input type="checkbox"/> mehreren Betriebsstätten.
Betriebsstätte, in der die/der Schwerbehinderte 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			
Die Einstellung bzw. der Arbeitsplatz des schwerbehinderten Menschen wurde/wird mit öffentlichen Mitteln <small>ÖZ</small> <input type="checkbox"/> Integrationsamt, Agentur für Arbeit) gefördert.			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, durch	
Anzahl der Arbeitnehmer in der Betriebsstätte/Dienststelle des schwerbehinderten Menschen			
insgesamt:		daraus schwerbehindert einschließlich Mehrfachanrechnungen:	
Sind weitere Entlassungen beabsichtigt?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	wieviel Anzahl der schwerbehinderten Menschen
Ein Betriebsrat/Personalrat ist vorhanden			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Name des/der Vorsitzenden	Telefon/Fax /E-Mail
Eine Schwerbehindertenvertretung ist vorhanden			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Name der Vertrauensperson	Telefon/Fax /E-Mail
5 Detaillierte Begründung der beabsichtigten Kündigung (wenn nötig, bitte auf ein beigefügtes Ergänzungsblatt), auch mit Darlegung der Maßnahmen, die betrieblicherseits zur Verhinderung der Kündigung bereits unternommen wurden, z.B. Prävention gem. § 84 AbsUm 1 SGB IX (bitte entspr. Nachweise beifügen).			