

Betrieb / Dienststelle
(Firmenstempel)

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Mecklenburg-Vorpommern
Abteilung Soziales
Dezernat Integrationsamt / Hauptfürsorgestelle

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fachbereich Rostock
Erich- Schlesinger- Straße 35
18059 Rostock
kuendigungsschutz.hro@lagus.mv-regierung.de | <input type="checkbox"/> Fachbereich Schwerin
Friedrich-Engels-Straße 47
19061 Schwerin
kuendigungsschutz.sn@lagus.mv-regierung.de | <input type="checkbox"/> Fachbereich Neubrandenburg
An der Hochstraße 1
17036 Neubrandenburg
kuendigungsschutz.nb@lagus.mv-regierung.de |
|---|---|--|

**Antrag auf Zustimmung
gem. §§ 168ff Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX**

zur

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ordentlichen Kündigung | <input type="checkbox"/> außerordentlichen Kündigung |
| <input type="checkbox"/> ordentlichen Änderungskündigung | <input type="checkbox"/> außerordentlichen Änderungskündigung |
| <input type="checkbox"/> Beendigung gem. § 175 SGB IX | |

des Arbeitsverhältnisses mit einem schwerbehinderten oder gleichgestellten behinderten Menschen

1. Angaben zum Arbeitnehmer sowie zum Arbeitsverhältnis

Hinweis: Beantworten Sie bitte alle Fragen präzise und machen Sie detaillierte Angaben zu den Kündigungsgründen! Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn die <u>vorherige</u> Zustimmung des Integrationsamtes vorliegt! Eine rückwirkende Zustimmung ist vom Gesetzgeber ausgeschlossen.		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift		Telefon
Die/Der Betroffene <input type="checkbox"/> ist Schwerbehinderte(r) <input type="checkbox"/> ist Gleichgestellte(r) <input type="checkbox"/> hat beim Versorgungsamt Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt <input type="checkbox"/> hat bei der Agentur für Arbeit Antrag auf Gleichstellung gestellt		
Der Grad der Behinderung beträgt _____		
Beschäftigt seit dem _____	Die Kündigung ist vorgesehen am: _____ zum: _____	Kündigungsfrist _____ Monate zum <input type="checkbox"/> Monatsende <input type="checkbox"/> Quartal
Betriebliche Leistungen bei Kündigung (Abfindung, Entschädigung oder ähnliche Leistung aufgrund eines Sozialplanes): _____		
Der Arbeitgeber hat für die Beschäftigung des schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmers Leistungen eines Rehabilitationsträgers (Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Rentenversicherungsträger) oder im Rahmen der begleitenden Hilfe nach dem SGB IX vom Integrationsamt erhalten. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art der Leistung: _____ Höhe: _____ EUR		

Die ordentliche Kündigung / Änderungskündigung ist durch Tarifvertrag oder aufgrund § 15 Kündigungsschutzgesetz ausgeschlossen (z.B. Betriebs-/Personalratsmitglied, Mitglied der Jugendvertretung, Mitglied eines Wahlvorstandes, Wahlbewerber, Vertrauensperson/stellvertretende Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen).

Nein

Ja,

Wenn ja, weil:

Bei Änderungskündigung:

Der schwerbehinderte/gleichgestellte Arbeitnehmer hat durch Tarifvertrag Anspruch auf Lohnsicherung: **Ja** **Nein**

2. Angaben zum Beschäftigungsbetrieb

Name des Betriebes		
Anschrift		Telefax
zuständige(r) Personalsachbearbeiter(in)		E-Mail
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen		Telefon
Betriebs-/Personalratsvorsitzende(r)		Telefon
Arbeitsplätze (ohne Azubi) derzeit im Beschäftigungsbetrieb	darunter schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen	Betriebsnummer (von der Agentur für Arbeit zugeteilt)
Arbeitsplätze (ohne Azubi) derzeit in allen Betriebsstätten		darunter schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen
Ist geplant, auf dem frei werdenden Arbeitsplatz einen anderen Arbeitnehmer einzustellen?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, einen schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Werden außer der/dem Betroffenen weitere Arbeitnehmer entlassen?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____ davon _____ schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen		
Wurden in den letzten 12 Monaten Arbeitnehmer entlassen?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____ davon _____ schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen		
Unterliegt der Betrieb einem Tarifvertrag?		
<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____		

3. Angaben zum Hauptbetrieb, nur, wenn dieser vom Beschäftigungsbetrieb abweicht

Adresse		Telefon
Arbeitsplätze (ohne Azubi) derzeit		Telefax
darunter schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen		Betriebsnummer (von der Agentur für Arbeit zugeteilt)
Gesamt-Schwerbehindertenvertretung? Name:		Telefon
arbeitet in Betriebsstätte		
Bestehen weitere Betriebe?		
<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar in: _____ (ggfs. gesondertes Blatt nutzen und Anzahl der Arbeitsplätze sowie Betriebsnummer angeben)		

4. 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 und Dergleichen)!

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.

Ort / Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Arbeitgeber