

Betrieb / Dienststelle
(Firmenstempel)

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

Fachbereich Rostock
Erich- Schlesinger- Straße 35
18059 Rostock
kuendigungsschutz.hro@
lagus.mv-regierung.de

Fachbereich Schwerin
Friedrich-Engels-Straße 47
19061 Schwerin
kuendigungsschutz.sn@
lagus.mv-regierung.de

Fachbereich Neubrandenburg
Neustrelitzer Straße 120
17033 Neubrandenburg
kuendigungsschutz.nb@
lagus.mv-regierung.de

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

zur

ordentlichen Kündigung

außerordentlichen Kündigung

ordentlichen Änderungskündigung

außerordentlichen Änderungskündigung

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="radio"/> ist Schwerbehinderte(r) <input type="radio"/> ist Gleichgestellte(r) <input type="radio"/> hat beim Versorgungsamt Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt <input type="radio"/> 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="radio"/> Monatsende <input type="radio"/> 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="radio"/> Nein <input type="radio"/> 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="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wenn ja, einen schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja | | |
| Werden außer der/dem Betroffenen weitere Arbeitnehmer entlassen? | | |
| <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Anzahl: _____ davon _____ schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen | | |
| Wurden in den letzten 12 Monaten Arbeitnehmer entlassen? | | |
| <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Anzahl: _____ davon _____ schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen | | |
| Unterliegt der Betrieb einem Tarifvertrag? | | |
| <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, und zwar: _____ | | |

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

| | | |
|--|--|---|
| Adresse | | Telefon |
| | | Telefax |
| Arbeitsplätze (ohne Azubi) derzeit | darunter schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen | Betriebsnummer (von der Agentur für Arbeit zugeteilt) |
| | | _____ |
| Gesamt-Schwerbehindertenvertretung? Name: | arbeitet in Betriebsstätte | Telefon |
| Bestehen weitere Betriebe? | | |
| <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> 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