

Betrieb / Dienststelle
(Firmenstempel)

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

Standort Rostock
F.-Engels-Platz 5-8
18055 Rostock

Standort Schwerin
F.-Engels-Straße 47
19061 Schwerin

Standort Neubrandenburg
Neustrelitzer Straße 120
17033 Neubrandenburg

Zentrale Email-Adresse: ina.kuendigungsschutz@lagus.mv-regierung.de

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

- ordentlichen Kündigung außerordentlichen Kündigung
 ordentlichen Änderungskündigung außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslaufzeit
 Beendigung gem. § 175 SGB IX außerordentlichen Änderungskündigung

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	Kündigungsfrist
_____	am: _____ zum: _____	_____ 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
		E-Mail
zuständige(r) Personalsachbearbeiter(in)		Telefon
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