

Betrieb / Dienststelle
(Firmenstempel)

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Abteilung Soziales
Dezernat Inklusionsamt

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 E-Mail-Adresse: ina.kuendigungsschutz@lagus.mv-regierung.de

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

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

des Arbeitsverhältnisses mit einem schwerbehinderten oder gleichgestellten behinderten Menschen

Hinweis:

Beantworten Sie bitte alle Fragen präzise und machen Sie detaillierte Angaben zu den Kündigungsgründen. Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn die vorherige Zustimmung des Inklusionsamtes vorliegt. Eine rückwirkende Zustimmung ist vom Gesetzgeber ausgeschlossen.

1. Angaben zum Arbeitnehmer sowie zum Arbeitsverhältnis

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand
Anschrift		Telefon

Die/Der Betroffene

ist Schwerbehinderte(r)

ist Gleichgestellte(r)

hat beim Versorgungsamt Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt

hat bei der Agentur für Arbeit Antrag auf Gleichstellung gestellt

Der Grad der Behinderung beträgt _____

Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen		Telefon
E-Mail		
Betriebs-/Personalratsvorsitzende(r)		Telefon
E-Mail		
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?

Ja, einen schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen Ja Nein
Nein

Werden außer der/dem Betroffenen weitere Arbeitnehmer entlassen?

Ja, Anzahl: _____ davon _____ schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen
Nein

Wurden in den letzten 12 Monaten Arbeitnehmer entlassen?

Ja, Anzahl: _____ davon _____ schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen
Nein

Unterliegt der Betrieb einem Tarifvertrag?

Ja, und zwar _____
Nein

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

Anschrift	Telefon	
	E-Mail	
Arbeitsplätze (ohne Azubi) derzeit	darunter schwerbehinderte/gleichgestellte Menschen	Betriebsnummer (von der Agentur für Arbeit zugeteilt)

Name der Gesamtschwerbehindertenvertretung	arbeitet in Betriebsstätte	Telefon
--	----------------------------	---------

Bestehen weitere Betriebe?

Ja, und zwar in _____

Anzahl der Arbeitsplätze _____ Betriebsnummer(n) _____

Nein

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).

Grund der Kündigung:

betriebsbedingt

personenbedingt

verhaltensbedingt

Bei außerordentlicher Kündigung:

Wann haben Sie von den für die außerordentliche Kündigung maßgeblichen Tatsachen Kenntnis erlangt?

Datum: _____

Hinweis:

Bevor das Inklusionsamt über Ihren Antrag entscheidet, holt es eine Stellungnahme des Betriebs-/Personalrates sowie der Schwerbehindertenvertretung ein und hört den schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen an. Das Inklusionsamt ermittelt den Sachverhalt von Amts wegen.

Ort/Datum

Unterschrift der kündigungsberechtigten Person