

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers 	Für Rückfragen steht zur Verfügung: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Telefonisch</td> <td style="width:50%;">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 (z.B. 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		wieviele	Anzahl der schwerbehinderten Menschen
Ein Betriebsrat/Personalrat ist vorhanden			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Name des/der Vorsitzenden	Telefonnummer/Fax /E-Mail
Eine Schwerbehindertenvertretung ist vorhanden			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Name der Vertrauensperson	Telefonnummer/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 Abs. 1 SGB IX (bitte entspr. Nachweise beifügen).			