

Aktenzeichen (vom ZBFS-Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

Antrag und Anlagen bitte dreifach einreichen.  
Eine Kündigung ist erst dann zulässig, wenn die Zustimmung des  
Inklusionsamtes vorliegt!

## Antrag auf Zustimmung gemäß §§ 168 ff. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) zur Beendigung eines Arbeitsverhältnisses

<input type="checkbox"/> ordentliche fristgerechte Kündigung	<input type="checkbox"/> außerordentliche Kündigung mit sozialer Auslauffrist
<input type="checkbox"/> außerordentliche fristlose Kündigung	<input type="checkbox"/> Beendigung ohne Kündigung nach § 175 SGB IX

## zur Änderung eines Arbeitsverhältnisses

<input type="checkbox"/> ordentliche Änderungskündigung	<input type="checkbox"/> außerordentliche Änderungskündigung
<input type="checkbox"/>	

Ihre Angaben sind erforderlich, um den Zustimmungsantrag zu bearbeiten. Alle Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Daten werden ggf. an Dritte übermittelt. Beachten Sie dazu bitte die unten stehenden Hinweise zum Datenschutz.

<b>A Antragsteller/in (Arbeitgeber/in)</b>	
Firma	
Betriebsnummer	
Anschrift des Unternehmens (Hauptsitz)	
<b>Ansprechpartner/in</b>	
Name, Vorname	
Telefon	Telefax (freiwillige Angabe)
E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)	ggf. eigenes Geschäftszeichen (freiwillige Angabe)
<b>Betriebsrat/Personalrat ist vorhanden</b>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name des Vorsitzenden/der Vorsitzenden
	Telefon (freiwillige Angabe) <span style="float: right;">Telefax (freiwillige Angabe)</span>
	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)
	ggf. abweichende Anschrift
<b>Schwerbehindertenvertretung ist vorhanden</b> <small>Falls im Beschäftigungsbetrieb keine Schwerbehindertenvertretung gewählt ist, geben Sie bitte (falls vorhanden) die Kontaktdaten der Gesamt-, Bezirks-, Haupt- oder Konzernschwerbehindertenvertretung an.</small>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name der Vertrauensperson
	Telefon (freiwillige Angabe) <span style="float: right;">Telefax (freiwillige Angabe)</span>
<input type="checkbox"/> örtlich	E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)
<input type="checkbox"/> überörtlich	ggf. abweichende Anschrift

**Das Unternehmen besteht aus**

<input type="checkbox"/> einer Betriebsstätte	<input type="checkbox"/> mehreren Betriebsstätten
Betriebsstätte, in der der/die Beschäftigte tätig ist (Bezeichnung, Anschrift)	
<input type="checkbox"/> selbständige Betriebsstätte (i. S. d. §§ 1, 4 BetrVG; mind. 5 Mitarbeiter/innen und betriebsratsfähig)	
<input type="checkbox"/> unselbständige Betriebsstätte	

**Anzahl der Arbeitnehmer/innen in der Betriebsstätte/Dienststelle des/der Beschäftigten**

insgesamt \_\_\_\_\_ davon schwerbehindert/gleichgestellt \_\_\_\_\_

**Sind weitere Entlassungen beabsichtigt? [Angabe nur bei betriebsbedingter Kündigung erforderlich]**

nein     ja, insgesamt \_\_\_\_\_ davon schwerbehindert/gleichgestellt \_\_\_\_\_

**B Betroffene/r Beschäftigte/r**

Nachname	
Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Ggf. Kontaktdaten des/ der rechtlichen Betreu- ers/Betreuerin	

**Behinderung (soweit bekannt)**

Anerkannte Schwerbehinderung     nein     ja    Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

Einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt     nein     ja    Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

Hat erst am \_\_\_\_\_ Antrag auf Feststellung einer Behinderung/Gleichstellung bei \_\_\_\_\_ gestellt.

Derzeit arbeitsunfähig     nein     ja, seit \_\_\_\_\_

**C Angaben zum Arbeitsverhältnis**

Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (bitte ggf. schriftliche Tätigkeitsbeschreibung beifügen)


Vollzeit     Teilzeit, mit \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Stunden

beschäftigt seit	
beschäftigt als	
Kündigungsfrist	
Geltender Tarifvertrag	

Die ordentliche Kündigung ist ausgeschlossen     nein     ja, nach \_\_\_\_\_

Ein Sozialplan liegt vor  
[Angabe nur bei betriebsbedingter Kündigung erforderlich]     nein     ja (bitte Kopie beifügen)

Ein Interessenausgleich liegt vor  
[Angabe nur bei betriebsbedingter Kündigung erforderlich]     nein     ja (bitte Kopie beifügen)

Die Einstellung bzw. der Arbeitsplatz wurde/wird mit öffentlichen Mitteln gefördert     nein     ja, durch \_\_\_\_\_

**D****Kündigungssachverhalt**

Bitte geben Sie den genauen Kündigungssachverhalt an (bei Bedarf weitere Textblätter/Rückseite verwenden; ggf. Nachweise beifügen)

Bitte geben Sie an, was Sie bereits unternommen haben, um die Kündigung zu vermeiden (z.B. Präventionsverfahren nach § 167 Abs. 1 SGB IX, Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 167 Abs. 2 SGB IX).

**E****Datenschutz****Ich nehme zur Kenntnis, dass**

- die von uns in diesem Antrag und im Laufe des Verfahrens gemachten Angaben (samt Anlagen) über Betriebs- und Geschäftsverhältnisse zur Stellungnahme an den Beschäftigten/die Beschäftigte, den Betriebs-/Personalrat, die Schwerbehindertenvertretung und an den Integrationsfachdienst weitergeleitet werden, soweit dies erforderlich sein sollte (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und dass ich dieser Datenübermittlung jederzeit formlos widersprechen kann,
- die von mir in diesem Antrag und im Laufe des Verfahrens gemachten Angaben (samt Anlagen) über Betriebs- und Geschäftsverhältnisse im Rahmen eines sich möglicherweise anschließenden gerichtlichen Verfahrens an das Verwaltungsgericht übermittelt werden,
- ich am Verfahren mitwirken soll und
- meine fehlende Mitwirkung zur Folge haben kann, dass die Zustimmung zur Kündigung nur deshalb nicht erteilt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift



## Hinweise zum Datenschutz Antrag Zustimmung Kündigung Aktenzeichen:

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) verantwortlich.

### Die Angaben, die Sie

- in diesem Formular sowie
- im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber uns (Mitarbeiter/innen des Inklusionsamtes) und einer von uns beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen, brauchen wir, um Ihren Antrag zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlagen dafür sind §§ 168 ff. Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch.

Falls zu einem späteren Zeitpunkt ein Präventionsverfahren eingeleitet wird, werden wir die erhobenen Daten im erforderlichen Umfang für dieses nutzen.

**Ihre Angaben sind freiwillig.** Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, müssen wir Ihren Antrag aber möglicherweise ablehnen.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir in elektronischer Form in einem staatlichen Rechenzentrum des Freistaates Bayern. Möglicherweise werden wir den Integrationsfachdienst oder Ärzte außerhalb des ZBFS beauftragen, ein Gutachten bzw. einen Bericht zu erstellen. Der Arzt bzw. der Integrationsfachdienst erhält dann die erforderlichen Unterlagen und ist zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

**Wir speichern Ihre Daten nur solange wir sie benötigen.** Die Daten werden daher zwei Jahre nach Eintritt eines der folgenden Ereignisse gelöscht: bestandskräftige Entscheidung oder anderweitige Erledigung des Antrags.

### Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine **kostenlose Kopie** dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu  **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.

- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten  **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags werden wir andere **Personen und Stellen** um Übermittlung von Daten bitten, und zwar werden wir die/den Beschäftigte/n, den Personal-/Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung, die Sie im Antrag angegeben haben, sowie ggf. den Integrationsfachdienst anschreiben. Wir werden sie um Stellungnahme bitten.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, 95440 Bayreuth
- per Telefon: 0921 605-03
- per Telefax: 0921 605-3903
- per E-Mail: Poststelle@zbfbs.bayern.de

Mit dem behördlichen **Datenschutzbeauftragten** des ZBFS können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Datenschutzbeauftragter, 95440 Bayreuth
- per E-Mail: Datenschutzbeauftragter@zbfbs.bayern.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch an den **Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz** wenden.

**Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.**

**Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das ZBFS zurück.**