

|                                     |                                  |         |  |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------|--|
| Name und Anschrift des Arbeitgebers | Ansprechpartner beim Arbeitgeber |         | Telefon                                  |
|                                     |                                  |         | Fax                                      |
|                                     | Betriebs-/Personalrat            | Telefon | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
|                                     | Anschrift                        |         |  |
|                                     | Schwerbehindertenvertretung      | Telefon | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
|                                     | Anschrift                        |         |  |

bitte Betriebsnummer angeben:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Niedersächsisches Landesamt  
für Soziales, Jugend und Familie  
- Integrationsamt -  
Domhof 1

31134 Hildesheim

Fax 05121/304-310

**Antrag** auf Zustimmung zur

- ordentlichen Kündigung
- außerordentlichen Kündigung\* siehe Anlage 2
- außerordentlichen Kündigung\* siehe Anlage 2  
mit sozialer Auslaufzeit
- ordentlichen Änderungskündigung
- außerordentlichen Änderungskündigung\* siehe Anlage 2
- Beendigung gem. § 175 SGB IX

**Hinweis:**

**Unvollständig ausgefüllte Anträge machen Rückfragen erforderlich und bedingen dadurch eine Verzögerung der Bearbeitung.** Bitte beantworten Sie deshalb alle Fragen genau. Insbesondere sind die Gründe für die Entlassung des schwerbehinderten Menschen anzugeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nach § 168 SGB IX die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eines schwerbehinderten Menschen der **vorherigen** Zustimmung des Integrationsamtes bedarf. Die Kündigung kann erst ausgesprochen werden, wenn die Zustimmung des Integrationsamtes dem Arbeitgeber vorliegt. **Die nachträgliche Zustimmung zu einer bereits ausgesprochenen Kündigung ist nicht möglich!**

**Angaben zum schwerbehinderten Menschen**

|   |              |  |
|---|--------------|--|
| Name, Vorname, ggf. Geburtsname   |              |  |
| ggf. Betreuer, gesetzlicher Vertreter<br>bitte mit Anschrift  |              |  |
| Wohnanschrift   |              |  |
| Grad der Behinderung (GdB)  | Geburtsdatum |  |
| Art der Behinderung (soweit bekannt)  |              |  |
| Gleichstellung der Agentur für Arbeit durch Bescheid vom _____  |              |  |
| <b>Falls noch nicht als schwerbehinderter Mensch anerkannt:</b>   |              |  |
| Der betroffene Arbeitnehmer/die betroffene Arbeitnehmerin   |              |  |
| <input type="checkbox"/> hat einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft am _____ beim zuständigen Versorgungsamt gestellt. |              |  |
| <input type="checkbox"/> hat die Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen am _____ bei der Agentur für Arbeit _____ beantragt.           |              |  |



**Begründung der beabsichtigten Kündigung durch den Arbeitgeber gem. § 168 ff. SGB IX**

Wurde ein Gespräch im Sinne des § 167 Abs. 1 SGB IX (Prävention) geführt?  ja  nein

Wurden Betriebs-/Personalrat bzw. die Schwerbehindertenvertretung beteiligt?  ja  nein

Bitte legen Sie Ihre Kündigungsgründe im Einzelnen konkret dar. Vermeiden Sie dabei allgemeine Angaben.  
Geben Sie krankheitsbedingte Fehlzeiten bitte in Arbeitstagen an. Belegen Sie Ihre Kündigungsgründe ggf. durch Vorlage geeigneter Unterlagen (z. B. Abmahnungen, Zeugenaussagen, ärztliche Atteste, Stellungnahmen des Betriebsarztes)

**Als Bestandteil des Antrages sind beigefügt  Anlage 1 zum Antrag  Anlage 2 zum Antrag**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers

**Hinweis:**

**Bevor das Integrationsamt über den Antrag entscheidet, holt es unter Beifügung einer Kopie Ihres Antrages und der Anlagen eine Stellungnahme des betroffenen Arbeitnehmers, des Betriebsrates/Personalrates und der Schwerbehindertenvertretung ein.**

**Nur ausfüllen bei Betriebsschließungen oder Insolvenzverfahren**  
**Kündigungsschutzverfahren gem. § 172 (1) S.1 SGB IX oder § 172 (3) SGB IX i. V. m. § 171 (5) SGB IX**

**Betriebsschließungen (Voraussetzungen gem. § 172 (1) S.1 SGB IX)**

|   |  |
|---|--|
| Ist der Betrieb bereits endgültig stillgelegt?<br>(Bitte ggf. Gewerbeabmeldung bzw. Handelsregisterauszug beifügen)   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, seit _____ |
| Falls der Betrieb zukünftig stillgelegt werden soll:<br>Durch wen wurde die Stilllegung beschlossen?<br>Wann soll die Stilllegung erfolgen?<br>(Bitte Gesellschafterbeschluss o. ä. beifügen)   |  |
| Zahlen Sie nach Ausspruch der Kündigung noch mindestens 3 Monate Lohn/Gehalt?   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja             |
| Verfügen Sie noch über andere Betriebe oder Betriebsstätten, die zu Ihrem Unternehmen (gleicher Arbeitgeber) gehören?<br>Gibt es dort freie Arbeitsplätze, auf denen Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden könnten bzw. was steht einer Weiterbeschäftigung dort entgegen? |  |
| Hat ein Betriebsübergang stattgefunden?<br>Wenn ja: wann und auf wen?<br>Wenn nein: Was geschieht mit den Produktionsmitteln und Immobilien?  |  |

**Insolvenzverfahren (Voraussetzungen gem. § 172 Abs. 3 SGB IX)**

|   |   |
|---|---|
| Wurde das Insolvenzverfahren eröffnet?<br>(Bitte Eröffnungsbeschluss in Kopie beifügen)   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja  |
| Wird der Betrieb stillgelegt?   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja (dann bitte die vorstehenden Fragen zu Betriebsschließung beantworten) |
| Ist der betroffene schwerbehinderte Mensch gem. § 125 InsO in der Namensliste des Interessenausgleichs aufgeführt?<br>(Bitte ggf. Interessenausgleich und Sozialplan in Kopie beifügen) | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja  |
| Ist die Schwerbehindertenvertretung i. S. d. § 178 Abs. 2 SGB IX beim Zustandekommen des Interessenausgleichs beteiligt worden?   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja  |
| Wie viele Arbeitnehmer sind vor Inkrafttreten des Interessenausgleichs <u>insgesamt</u> im Betrieb beschäftigt worden?  |   |
| Wie viele schwerbehinderte und gleichgestellte ArbeitnehmerInnen wurden vor Inkrafttreten des Interessenausgleichs beschäftigt?   |   |
| Wie viele schwerbehinderte und gleichgestellte ArbeitnehmerInnen sollen nach dem Interessenausgleich entlassen werden?  |   |
| Wie viele übrige ArbeitnehmerInnen sollen nach dem Interessenausgleich entlassen werden?  |   |
| Reicht die Anzahl der verbleibenden schwerbehinderten und gleichgestellten ArbeitnehmerInnen aus, um die Pflichtquote nach § 154 SGB IX zu erfüllen?                                    | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja  |

**Nur ausfüllen, bei betriebsbedingten Kündigungsgründen**

|  |  |
|--|--|
| Wurden ein Interessenausgleich und Sozialplan abgeschlossen?<br>(Bitte in Kopie beifügen)  | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein           |
| Ist der betroffene schwerbehinderte Mensch in einer Namensliste als zu Kündigender genannt?<br><b>(Bitte übersenden Sie eine Kopie der Namensliste nur, wenn diese an die Arbeitnehmerseite zur Kenntnis gegeben und im Verfahren verwendet werden darf)</b> | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein           |
| Wurde eine Sozialauswahl <u>unter Berücksichtigung der Schwerbehinderung</u> bzw. Gleichstellung durchgeführt?   | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein           |
| Gibt es Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten für den betroffenen schwerbehinderten Menschen?<br>(Wenn ja, bitte kurz erläutern)   | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, folgende |
| <b>Im Falle der Umstrukturierung, Rationalisierung bzw. eines sonstigen Wegfalls des Arbeitsplatzes bitte einen geeigneten Nachweis über die getroffene Unternehmerentscheidung beifügen.</b>  |  |

**Nur ausfüllen bei krankheitsbedingten/personenbedingten Kündigungsgründen**

|   |  |
|---|--|
| Wie stellen sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten der letzten 3 Jahre dar?  |  |
| Liegen aktuelle ärztliche Aussagen vor?<br>ggf. beifügen  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, siehe Anlage |
| Wurde der Betriebsarzt eingeschaltet?<br>ggf. Stellungnahme beifügen  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, siehe Anlage |
| Stellen Sie die betrieblichen Beeinträchtigungen/Belastungen dar  |  |
| Hat ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) gem. § 167 Abs. 2 SGB IX stattgefunden, ggf. mit welchem Ergebnis? | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja               |

**Nur ausfüllen bei verhaltensbedingten Kündigungsgründen**

|  |  |
|--|--|
| Wurde aus dem gleichen Grunde bereits abgemahnt? Abmahnung ggf. beifügen                 | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, siehe Anlage |
| Existieren Nachweise für das Fehlverhalten des schwerbehinderten Menschen? ggf. beifügen | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, siehe Anlage |
| <b>*bei außerordentlicher Kündigung bitte zusätzlich angeben</b>                         |  |
| Datum des Vorfalls   |  |
| Wann haben Sie sichere Kenntnis über den Kündigungsgrund erlangt?                        |  |
| Wann wurde der schwerbehinderte Mensch zu dem Vorfall gehört?                            |  |