

Name und Anschrift des Arbeitgebers	Ansprechpartner beim Arbeitgeber		Telefon
			Fax
	Betriebs-/Personalrat	Telefon	☐ nicht vorhanden
	Anschrift		
	Schwerbehindertenvertretung	Telefon	☐ nicht vorhanden
	Anschrift		

bitte Betriebsnummer angeben:

--	--	--	--	--	--	--	--

Antrag auf Zustimmung zur

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

Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie
- Team Oldenburg -
Moslestr. 3

26122 Oldenburg

Fax 0441/2229-7491

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 bitte mit Anschrift		
Wohnanschrift		
Grad der Behinderung (GdB)	Geburtsdatum	
Art der Behinderung (soweit bekannt)		
Gleichstellung der Agentur für Arbeit durch Bescheid vom _____		
Falls noch nicht als schwerbehinderter Mensch anerkannt: Der betroffene Arbeitnehmer/die betroffene Arbeitnehmerin ☐ hat einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft am _____ beim zuständigen Versorgungsamt gestellt. ☐ hat die Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen am _____ bei der Agentur für Arbeit _____ beantragt.		

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

beschäftigt seit	
erlernter Beruf	
zuletzt ausgeübte Tätigkeit (bitte kurz beschreiben)	
wöchentliche Arbeitszeit	
Bruttoentgelt monatlich * bei Änderungskündigung Netto vorher/nachher	
Kündigungsfrist	
Die ordentliche Kündigung ist durch Tarifvertrag ausgeschlossen? ☐ ja ☐ nein	
Wird/wurde der Arbeitsplatz gefördert? Ggf. durch wen? (z. B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft)	☐ nein ☐ ja, durch seit/von _____ bis _____
Wurde der Arbeitsplatz behinderungsgerecht ausgestattet? Ggf. womit?	☐ nein ☐ ja

Angaben zum Betrieb des Arbeitgebers

Das Unternehmen besteht aus	☐ einer Betriebsstätte ☐ mehreren Betriebsstätten *
Die Betriebsstätte, in der der betroffene Arbeitnehmer/die betroffene Arbeitnehmerin beschäftigt ist * bitte nur ausfüllen, wenn mehrere Betriebsstätten bestehen	☐ ist unselbständig ☐ ist selbständig nach. § 4 BetrVG, d. h. es sind mindesten 5 Arbeitnehmer tätig
Bezeichnung/Anschrift der Betriebsstätte * bitte nur ausfüllen, wenn mehrere Betriebsstätten bestehen	
Anzahl der Arbeitnehmer, die in der Betriebsstätte beschäftigt sind	insgesamt: davon schwerbehindert bzw. gleichgestellt: Pflichtquote erfüllt ☐ ja ☐ nein
Sind weitere Entlassungen beabsichtigt?	☐ nein ☐ ja wie viele? davon schwerbehindert bzw. gleichgestellt:

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

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

Wurde das Insolvenzverfahren eröffnet? (Bitte Eröffnungsbeschluss in Kopie beifügen)	☐ nein ☐ ja
Wird der Betrieb stillgelegt?	☐ nein ☐ ja (dann bitte die vorstehenden Fragen zu Betriebsschließung beantworten)
Ist der betroffene schwerbehinderte Mensch gem. § 125 InsO in der Namensliste des Interessenausgleichs aufgeführt? (Bitte ggf. Interessenausgleich und Sozialplan in Kopie beifügen)	☐ nein ☐ ja
Ist die Schwerbehindertenvertretung i. S. d. § 178 Abs. 2 SGB IX beim Zustandekommen des Interessenausgleichs beteiligt worden?	☐ nein ☐ 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?	☐ nein ☐ ja

Nur ausfüllen, bei betriebsbedingten Kündigungsgründen

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

Nur ausfüllen bei krankheitsbedingten/personenbedingten Kündigungsgründen

Wie stellen sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten der letzten 3 Jahre dar?	
Liegen aktuelle ärztliche Aussagen vor? ggf. beifügen	☐ nein ☐ ja, siehe Anlage
Wurde der Betriebsarzt eingeschaltet? ggf. Stellungnahme beifügen	☐ nein ☐ 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?	☐ nein ☐ ja

Nur ausfüllen bei verhaltensbedingten Kündigungsgründen

Wurde aus dem gleichen Grunde bereits abgemahnt? Abmahnung ggf. beifügen	☐ nein ☐ ja, siehe Anlage
Existieren Nachweise für das Fehlverhalten des schwerbehinderten Menschen? ggf. beifügen	☐ nein ☐ ja, siehe Anlage
*bei außerordentlicher Kündigung bitte zusätzlich angeben	
Datum des Vorfalls	
Wann haben Sie sichere Kenntnis über den Kündigungsgrund erlangt?	
Wann wurde der schwerbehinderte Mensch zu dem Vorfall gehört?	