

Az. des Integrationsamtes: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zum Kündigungsschutzverfahren (§§ 85-92 SGB IX)

### I. Angaben zur Person

<b>Name, Vorname ggf. Geburtsname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Wohnanschrift</b> (Straße, Hausnummer, Postleitzahl Wohnort)	
<b>Telefonnummer</b> <b>Faxnummer</b>	Tel.: Fax.:
<b>Bevollmächtigter, Pfleger, gesetzl. Vertreter usw.</b> (bitte Name und Anschrift ggf. Telefon angeben)	
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Anzahl und Alter der Kinder, die noch überwiegend unterhalten werden</b>	_____                      _____ Anzahl                      Alter der Kinder

### II. Berufliche und wirtschaftliche Verhältnisse

Seit wann sind Sie bei Ihrem derzeitigen Arbeitgeber beschäftigt?	seit _____
Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?	
Seit wann üben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit aus?	seit _____
Welchen Beruf haben Sie erlernt bzw. welche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?	
In welcher Lohnform arbeiten Sie?	<input type="checkbox"/> Akkordlohn <input type="checkbox"/> Zeitlohn <input type="checkbox"/> Prämienlohn <input type="checkbox"/> Festgehalt
Wie hoch ist Ihr mtl. Nettoeinkommen?	_____ €
In welcher Lohn- bzw. Gehaltsgruppe sind Sie eingestuft?	
Haben Sie sonstige monatliche Einkünfte? (z. B. Rente, Leistungen der Berufsgenossenschaft)	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, durch _____ in Höhe von _____ € mtl.	

### III. Angaben zur Schwerbehinderung

<b>a) Ist Ihre Behinderung bereits anerkannt?</b>	
1. <input type="checkbox"/> nein, dann bitte weiter unter <b>b)</b>	
2. <input type="checkbox"/> ja, durch Bescheid des Versorgungsamtes _____ vom _____ (Bitte Bescheid in Kopie beifügen)	
Grad der Behinderung (GdB)  (Bei GdB unter 50 bitte <b>b)</b> 2. beantworten)	Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis _____ Aktenzeichen _____
Art der anerkannten Behinderung laut Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes	
3. Gleichstellung durch die Agentur für Arbeit _____ ist erfolgt am _____ (Bitte Bescheid in Kopie beifügen)	
<b>b) Wenn Ihre Behinderung noch nicht anerkannt ist:</b>	
1. Haben Sie einen Antrag beim Versorgungsamt gestellt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ beim Versorgungsamt _____	
Welche Behinderungen sollen anerkannt werden?	
2. Haben Sie einen Antrag auf Gleichstellung bei der Agentur für Arbeit gestellt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ bei der Agentur für Arbeit _____	
<b>c) Ist Ihre <b>anerkannte</b> Behinderung/ Teile Ihrer Behinderung auf einen Arbeitsunfall zurückzuführen oder ist die bei Ihnen <b>anerkannte</b> Behinderung durch Ihre Tätigkeit entstanden?</b>	
<b>d) Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt? (z. B. EU-/BU-/Unfallrente)</b>	
<input type="checkbox"/> nein	
<b>Bitte Versicherungsträger und Aktenzeichen angeben</b>	
<input type="checkbox"/> ja, bei	
<input type="checkbox"/> wird demnächst gestellt	
<b>e) Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der bei Ihnen anerkannten Behinderung und den vorgetragenen Kündigungsgründen?</b>	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, weil	

**IV. Stellungnahme zum Kündigungsgrund**

(Bitte entsprechendes Kästchen unbedingt ankreuzen und ggf. begründen)

- Die vom Arbeitgeber vorgetragene(n) Kündigungs-/ Beendigungsgründe treffen zu. Einwände können von mir nicht erhoben werden.**
- Die vom Arbeitgeber vorgetragene(n) Kündigungs-/ Beendigungsgründe treffen nicht zu, weil.....**  
(Bitte nehmen Sie konkret zu den vorgetragenen Kündigungsgründen Stellung!)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Hinweis:**

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Arbeitgeber die Stellungnahme im Rahmen des zu gewährenden rechtlichen Gehörs zur Kenntnis erhält, sofern Einwände gegen die Zustimmung erhoben werden (§ 24 Sozialgesetzbuch X - Verwaltungsverfahren - SGB X ).