



Kommunaler Sozialverband Sachsen
Postfach 10 09 62
04009 Leipzig

Hinweis:
Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag kann bearbeitet werden.

Aktenzeichen (bitte stets angeben, soweit bekannt)

Antrag auf Zustimmung zur

ordentlichen Kündigung Änderungskündigung
 außerordentlichen Kündigung Beendigung gemäß § 175 SGB IX

des Arbeitsverhältnisses mit einem schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer

Angaben zum schwerbehinderten / gleichgestellten Arbeitnehmer

Name, Vorname		Geburtsdatum
Wohnanschrift		Telefon (dienstlich)
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderteneigenschaft <input type="checkbox"/> Gleichstellung	<input type="checkbox"/> nachgewiesen durch: <input type="checkbox"/> beantragt am: (falls noch nicht anerkannt)	Rentenversicherung bei <input type="checkbox"/> DRV Bund <input type="checkbox"/> DRV Mitteldeutschland <input type="checkbox"/> anderer Träger:
Grad der Behinderung	Sozialversicherungsnummer	Krankenversicherung
die Kündigung ist vorgesehen zum	die Kündigungsfrist beträgt	

Angaben zum Arbeitgeber

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers	Landkreis
	Name, Telefon, Fax, E-Mail (freiwillige Angabe) des Ansprechpartners des Arbeitgebers
	Betriebsnummer der Agentur für Arbeit

Name, Telefon des/ der Beauftragten des Arbeitgebers	
Name, Telefon des/ der Betriebs-/ Personalratsvorsitzenden	
Name, Telefon der Schwerbehindertenvertretung	

Begründung des Arbeitgebers zur beabsichtigten Kündigung
Geben Sie bitte genaue und einzelfallbezogene Gründe an.

>Fortsetzung auf neutralem Blatt

Dem Antrag ist ergänzend ein Informationsblatt zum Datenschutz nach der EU-DSGVO für Ihre Unterlagen beigefügt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Informationen.

_____ Datum

_____ Unterschrift Kündigungsberechtigter

_____ Firmenstempel

Anlagen

Anlage 1 - Formblatt für Betriebsschließungen oder Insolvenzverfahren

Anlage 2 - Formblatt für betriebsbedingte und krankheits-/personenbedingte Kündigungen

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. Handelsregisterauszug beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wird der Betrieb stillgelegt?	<input type="checkbox"/> nein <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? (Bitte ggf. Interessenausgleich und Sozialplan in Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <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 <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 <input type="checkbox"/> ja

Nur ausfüllen, bei betriebsbedingten Kündigungsgründen

Wurden ein Interessenausgleich und Sozialplan abgeschlossen? (Bitte in Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist der betroffene schwerbehinderte Mensch in einer Namensliste als zu Kündigender genannt? (Bitte übersenden Sie eine Kopie der Namensliste)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Hinweis: Da die Namensliste in unserem Verfahren verwendet wird, können Sie die Namen der anderen Mitarbeiter schwärzen.
Wurde eine Sozialauswahl <u>unter Berücksichtigung der Schwerbehinderung</u> bzw. Gleichstellung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gibt es Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten für den betroffenen schwerbehinderten Menschen? (Bitte auf gesondertem Blatt darlegen!)	<input type="checkbox"/> nein → bitte legen Sie konkret dar, was geprüft wurde und mit welchem Ergebnis! <input type="checkbox"/> ja → bitte geben Sie an, welche Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten in Betracht kommen!
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?	→ bitte auf gesondertem Blatt darlegen! (Unterscheidung in Arbeits- und Kalendertagen)
Liegen aktuelle ärztliche Aussagen vor? ggf. beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe Anlage
Wurde der Betriebsarzt eingeschaltet? ggf. Stellungnahme beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe Anlage
Stellen Sie die betrieblichen Beeinträchtigungen/ Belastungen dar	→ bitte auf gesondertem Blatt darlegen!
Wurde ein Gespräch im Sinne des § 167 Abs. 1 SGB IX (Prävention) geführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden Betriebs-/Personalrat bzw. die Schwerbehindertenvertretung beteiligt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hat ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) gem. § 167 Abs. 2 SGB IX stattgefunden, ggf. mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → bitte auf gesondertem Blatt darlegen!
Wurde eine Weiterbeschäftigung auf einem anderen, freien, leidensgerechten Arbeitsplatz geprüft? (Bitte auf gesondertem Blatt darlegen!)	<input type="checkbox"/> nein → bitte legen Sie konkret dar, was geprüft wurde und mit welchem Ergebnis! <input type="checkbox"/> ja → bitte geben Sie an, welche Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten in Betracht kommen!

Nur ausfüllen bei verhaltensbedingten Kündigungsgründen

Wurde aus dem gleichen Grunde bereits abgemahnt? (ggf. entsprechende Nachweise beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe Anlage
Existieren Nachweise für das Fehlverhalten des schwerbehinderten Menschen? (ggf. beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	