

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

Antrag auf Zustimmung zur

- ordentlichen Kündigung
- außerordentlichen Kündigung
- außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslauffrist
- ordentlichen Änderungskündigung
- außerordentlichen Änderungskündigung
- Beendigung gemäß § 175 SGB IX

Hinweise: Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, um dadurch Rückfragen und Verzögerungen zu vermeiden. Geben Sie dabei die Gründe der beabsichtigten Entlassung des schwerbehinderten Arbeitnehmers an. Gemäß § 168 SGB IX bedarf es bei einer beabsichtigten Kündigung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes / örtlichen Fürsorgestelle, so dass eine Kündigung erst ausgesprochen werden kann, sofern dem Arbeitgeber die Zustimmung des Integrationsamtes / örtlichen Fürsorgestelle vorliegt. Eine nachträgliche Zustimmung zu einer bereits erklärten Kündigung ist nicht möglich.

Angaben zu einer anwaltlichen Vertretung

Werden Sie anwaltlich vertreten? (Bitte ggf. eine Vollmacht beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ansprechpartner/in	
Anschrift	
Telefon	
Fax	

Angaben zum schwerbehinderten Menschen

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Wohnanschrift	
Art der Behinderung (sofern bekannt)	
Grad der Behinderung (GdB)	
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 beim zuständigen Versorgungsamt gestellt am

<input type="checkbox"/> hat die Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen bei der Agentur für Arbeit beantragt am	
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	
erlernter Beruf	
beschäftigt seit	
wöchentliche Arbeitszeit	
derzeitige Tätigkeit	
Kündigungsfrist	
Ist die ordentliche Kündigung durch Tarifvertrag ausgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wird / wurde der Arbeitsplatz gefördert? Ggf. durch wen? (z.B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft, Integrationsamt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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	ist unselbständig ist selbständig nach. § 4 BetrVG , d. h. es sind mindestens 5 Arbeitnehmer tätig
Bezeichnung der Betriebsstätte	
Anschrift	
Betriebsnummer der Agentur für Arbeit	
Anzahl der Arbeitnehmer/innen, 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	
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.	

Bitte übersenden Sie Ihren Antrag mit den entsprechenden Anlagen und Nachweisen an:

Hansestadt Lübeck
Bereich Soziale Sicherung
- örtliche Fürsorgestelle -
Kronsfordter Allee 2-6
23560 Lübeck

oder per

Fax: 0451 / 122 - 4598

Anlage 1 – Angaben zur Betriebsschließung

Nur bei Betriebsschließung oder Insolvenzverfahren ausfüllen

Kündigungsschutzverfahren gem. § 172 Abs. 1 S.1 SGB IX oder § 172 Abs. 3 i.V.m. § 171 Abs. 5 SGB IX

1. Voraussetzungen gemäß § 172 Abs. 1 SGB IX (Betriebsschließung)	
Liegt eine nicht nur vorübergehende Betriebsschließung bereits vor? (Bitte fügen Sie ggf. Gewerbeabmeldung oder Handelsregisterauszug bei)	ja, seit nein
Soll der Betrieb zukünftig stillgelegt werden?	ja nein
Wenn ja, wer hat die Stilllegung beschlossen und wann soll sie erfolgen? (Bitte Gesellschafterbeschluss o.ä. beifügen)	
Zahlen Sie nach Ausspruch der Kündigung noch mindestens 3 Monate Lohn/Gehalt?	ja nein
Verfügen Sie noch über andere Betriebe oder Betriebsstätten die zu Ihrem Unternehmen (gleicher Arbeitgeber) gehören?	ja nein
Falls ja, benennen Sie diese bitte mit der Anschrift	
Gibt es dort freie Arbeitsplätze, auf denen Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden können?	ja nein
Wenn ja, was steht einer Weiterbeschäftigung dort entgegen?	

2. Voraussetzungen gemäß § 172 Abs. 3 SGB IX (Insolvenzverfahren)	
Wurde ein Insolvenzverfahren eröffnet? (Bitte Ausfertigung des Beschlusses des Insolvenzgerichtes beifügen)	ja nein
Soll der Betrieb stillgelegt werden?	ja nein
Wenn ja, beantworten Sie bitte die Fragen unter 1.	
Ist der betroffene schwerbehinderte Mensch gem. § 125 InsO in der Namensliste des Interessenausgleichs aufgeführt? (Bitte ggf. Interessenausgleich und Sozialplan in Kopie beifügen)	ja nein
Ist die Schwerbehindertenvertretung i. S. d. § 178 Abs. 2 SGB IX beim Zustandekommen des Interessenausgleichs beteiligt worden?	ja nein
Ist der Anteil der nach dem Interessenausgleich zu entlassenden schwerbehinderten Menschen an der Zahl der beschäftigten schwerbehinderten Menschen nicht größer als der Anteil der zu entlassenden übrigen Arbeitnehmer gemessen an der Zahl der beschäftigten übrigen Arbeitnehmer?	ja nein
Wenn ja, diesen Anteil bitte darstellen	
Ist die Gesamtzahl der schwerbehinderten Menschen, die nach dem Interessenausgleich bei dem Arbeitgeber verbleiben sollen, zur Erfüllung der Beschäftigungspflicht nach § 154 SGB IX ausreichend?	ja nein

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers / Insolvenzverwalters

Anlage 2 – Ergänzende Angaben zu den Kündigungsgründen

1. Nur bei betriebsbedingten Kündigungsgründen ausfüllen	
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 unter Berücksichtigung der Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung durchgeführt?	ja nein
Gibt es Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten für den betroffenen schwerbehinderten Menschen? (Wenn ja, bitte kurz erläutern)	ja nein

2. Nur bei krankheitsbedingten/personenbedingten Kündigungsgründen ausfüllen	
Wie stellen sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten der letzten 3 Jahre dar?	
Liegen aktuelle ärztliche Aussagen vor? (Bitte ggf. beifügen)	ja nein
Wurde der Betriebsarzt eingeschaltet? (bitte ggf. Stellungnahme beifügen)	ja nein
Stellen Sie die betrieblichen Beeinträchtigungen / Belastungen dar	
Hat ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) gem. § 167 Abs. 2 SGB IX stattgefunden, ggf. mit welchem Ergebnis?	ja nein

3. Nur bei verhaltensbedingten Kündigungsgründen ausfüllen	
Wurde aus dem gleichen Grunde bereits abgemahnt? (Abmahnung bitte ggf. beifügen)	ja nein
Existieren Nachweise und / oder Zeugenaussagen für das Fehlverhalten des schwerbehinderten Menschen? (Bitte ggf. Nachweise beifügen und / oder die Namen und Adressen der Zeugen)	ja nein
Bei außerordentlicher Kündigung bitte zusätzlich ausfüllen	
Datum des Vorfalls	
Wann haben Sie sichere Kenntnis über den Kündigungsgrund erlangt?	
Wann wurde der schwerbehinderte Mensch zu dem Vorfall gehört?	

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers