



Fachbereich Wirtschaft und Soziales  
Bereich Soziale Sicherung  
Örtliche Fürsorgestelle  
Kronsfordter Allee 2-6  
23560 Lübeck

## Antrag auf Zustimmung zur Kündigung einer:s schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Arbeitnehmer:in

Arbeitgeber:in

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ansprechpartner:in beim Arbeitgeber

Telefon

E-Mail

### Werden Sie anwaltlich vertreten?

nein

ja (bitte Vollmacht beifügen):

Ansprechpartner:in

Anschrift

Telefon

E-Mail



**Hinweis:** Bitte beantworten Sie zur Vermeidung von Rückfragen alle Fragen genau. Geben Sie dabei die Gründe der beabsichtigten Entlassung der:s betroffenen Arbeitnehmer:in an. Gemäß § 168 SGB IX bedarf es bei einer beabsichtigten Kündigung einer:s schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Arbeitnehmer:in der vorherigen Zustimmung des Integrationsamtes / der örtlichen Fürsorgestelle. Eine nachträgliche Zustimmung zu einer bereits erklärten Kündigung ist nicht möglich.

**Bei der beabsichtigten Kündigung handelt es sich um eine**

- Ordentliche Kündigung
- Außerordentliche Kündigung
- Außerordentliche Kündigung mit sozialer Auslauffrist
- Ordentliche Änderungskündigung
- Außerordentliche Änderungskündigung
- Beendigung gemäß § 175 SGB IX

**Angaben zum schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Menschen:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Art der Behinderung (sofern bekannt)

Grad der Behinderung (GdB)

Gleichstellung der Agentur für Arbeit durch Bescheid vom

Falls noch nicht als schwerbehinderter bzw. gleichgestellter Mensch anerkannt:

- Ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft wurde beim zuständigen Versorgungsamt gestellt am:

- Die Gleichstellung wurde bei der Agentur für Arbeit beantragt am:

**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis:**

Erlerner Beruf

Derzeitige Tätigkeit

Beschäftigt seit

Wöchentliche Arbeitszeit

Kündigungsfrist

Ist die ordentliche Kündigung durch Tarifvertrag ausgeschlossen?

nein

ja

Wird bzw. wurde der Arbeitsplatz gefördert?

nein

ja:

Gefördert durch



Förderungsbeginn

Ggf. Förderungsende

Wurde der Arbeitsplatz behinderungsgerecht ausgestattet?

nein

ja:

Behinderungsgerechte Ausstattung

#### Angaben zum Betrieb:

Das Unternehmen besteht aus

einer Betriebsstätte

mehreren Betriebsstätten

Die Betriebsstätte, in der der:die betroffene Arbeitnehmer:in beschäftigt ist,

ist unselbständig

ist selbständig nach § 4 BetrVG, d.h. es sind mindestens 5 Arbeitnehmer:innen tätig

Bezeichnung der Betriebsstätte

Anschrift

Betriebsnummer der Agentur für Arbeit



Anzahl der in der Betriebsstätte beschäftigten Arbeitnehmer:innen

Davon schwerbehindert bzw. gleichgestellt

Ist die Pflichtquote erfüllt?

nein

ja

Sind weitere Entlassungen beabsichtigt?

nein

ja:



Anzahl der beabsichtigten Entlassungen

Davon schwerbehinderte bzw. gleichgestellte Arbeitnehmer:innen

**Angaben zum Betriebs- bzw. Personalrat:** nicht vorhanden vorhanden:

Ansprechpartner:in

Anschrift

Telefon

E-Mail

**Angaben zur Schwerbehindertenvertretung:** nicht vorhanden vorhanden:

Ansprechpartner:in

Anschrift

Telefon

E-Mail

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

Wurde ein Gespräch i.S.d. § 167 Abs. 1 SGB IX (Prävention) geführt?

 ja nein

Aus welchem Grund ist die Kündigung beabsichtigt?

 betriebsbedingt (u.a. Betriebsstilllegung, wesentliche Betriebseinschränkung, Insolvenzverfahren) personenbedingt (u.a. Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit, Leistungseinschränkungen) verhaltensbedingt (persönliches Fehlverhalten)

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, Stellungnahme des Betriebsarztes):

**Ergänzende Angaben bei einer beabsichtigten betriebsbedingten Kündigung:**Voraussetzungen gemäß § 172 Abs. 1 SGB IX (Betriebsschließung)

Liegt eine nicht nur vorübergehende Betriebsschließung bereits vor? (Bitte ggf. Gewerbeabmeldung oder Handelsregisterauszug beifügen.)

nein

ja, seit:

Soll der Betrieb zukünftig stillgelegt werden? (Bitte Gesellschafterbeschluss o.ä. beifügen.)

nein

ja, Beschluss durch:

Zeitpunkt der Stilllegung:

Zahlen Sie nach Ausspruch der Kündigung noch mind. 3 Monate Lohn / Gehalt?

nein

ja

Verfügen Sie über andere Betriebe / Betriebsstätten, die zu Ihrem Unternehmen (gleicher Arbeitgeber) gehören?

nein

ja, folgende:

Gibt es in den anderen Betrieben / Betriebsstätten freie Arbeitsplätze, auf denen Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden können?

nein

ja

Wenn ja: Was steht einer Weiterbeschäftigung dort entgegen?

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

Wurde ein Insolvenzverfahren eröffnet? (Bitte Ausfertigung des Beschlusses des Insolvenzgerichts beifügen.)

nein

ja

Soll der Betrieb stillgelegt werden?

nein

ja (Beantworten Sie bitte die Fragen zur Betriebsschließung.)

Ist der/die betroffene Arbeitnehmer:in gemäß § 125 InsO in der Namensliste des Interessenausgleichs aufgeführt? (Bitte ggf. Interessenausgleich und Sozialplan in Kopie beifügen.)

nein

ja

Wurde eine Sozialauswahl unter Berücksichtigung der Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung durchgeführt?

nein

ja

Ist die Schwerbehindertenvertretung i.S.d. § 178 Abs. 2 SGB IX bei Zustandekommen des Interessenausgleichs beteiligt worden?

nein

ja

Wie hoch ist

- a) der Anteil der zu entlassenden schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Arbeitnehmer:innen gemessen an der Zahl der beschäftigten schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Arbeitnehmer:innen?

- b) Der Anteil der übrigen zu entlassenden Arbeitnehmer:innen gemessen an der Zahl der übrigen beschäftigten Arbeitnehmer:innen?

Ist die Gesamtzahl der schwerbehinderten Menschen, die nach dem Interessenausgleich bei dem Arbeitgeber verbleiben sollen, zur Erfüllung der Beschäftigungspflicht nach § 154 SGB IX ausreichend?

nein

ja

Gibt es Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten für den betroffenen schwerbehinderten Menschen?

nein

ja, folgende:

#### Sonstige betriebsbedingte Kündigungen

Bitte schildern Sie die dringenden betrieblichen Gründe, die eine Kündigung rechtfertigen:

Gibt es freie Arbeitsplätze, auf denen Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden können?

nein

ja

Wenn ja: Was steht einer Weiterbeschäftigung dort entgegen?

Wurde ein Interessenausgleich geschlossen? (Bitte ggf. Interessenausgleich und Sozialplan in Kopie beifügen.)

nein

ja

Wurde eine Sozialauswahl unter Berücksichtigung der Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung durchgeführt?

nein

ja

**Ergänzende Angaben bei einer beabsichtigten personen- bzw. krankheitsbedingten Kündigung:**

Wie stellen sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten der letzten drei Jahre dar?

Liegen aktuelle ärztliche Aussagen vor?

- nein  
 ja (bitte beifügen)

Wurde der Betriebsarzt eingeschaltet?

- nein  
 ja (bitte Stellungnahme beifügen)

Stellen Sie bitte die betrieblichen Beeinträchtigungen / Belastungen dar:

Hat ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) gemäß § 167 Abs. 2 SGB IX stattgefunden?

- nein  
 ja, mit folgendem Ergebnis:

**Ergänzende Angaben bei einer beabsichtigten verhaltensbedingten Kündigung:**

Wurde aus dem gleichen Grund bereits abgemahnt?

- nein  
 ja (bitte Abmahnung in Kopie beifügen)

Existieren Nachweise und/oder Zeugenaussagen für das Fehlverhalten der:s betroffenen Arbeitnehmer:in?

nein

ja (bitte Nachweise und/oder die Namen und Adressen der Zeugen beifügen)

Zusätzliche Angaben bei einer beabsichtigten außerordentlichen Kündigung:

Datum des Vorfalls

Wann haben Sie sichere Kenntnis über den Kündigungsgrund erlangt?

Wann wurde der:die betroffene Arbeitnehmer:in zu dem Vorfall angehört?

**Hinweis:** Bevor das Integrationsamt bzw. die örtliche Fürsorgestelle über Ihren Antrag entscheidet, holt es unter Beifügung einer Kopie Ihres Antrages und der Anlagen eine Stellungnahme der:s betroffenen Arbeitnehmer:in, des Betriebs- bzw. Personalrates und der Schwerbehindertenvertretung ein. Im Rahmen der Antragsbearbeitung werden Ihre Daten in einer automatisierten Datei gespeichert.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber:in

---

Bitte senden Sie das von Ihnen ausgefüllte und unterzeichnete Formular

per Post an die folgende Anschrift:

Fachbereich Wirtschaft und Soziales, Bereich Soziale Sicherung, Örtliche Fürsorgestelle, Kronsfordter Allee 2-6, 23560 Lübeck

per E-Mail an die folgende E-Mail-Adresse: [eingliederungshilfe@luebeck.de](mailto:eingliederungshilfe@luebeck.de)