

ERHEBUNGSBOGEN ZUM ANTRAG DES ARBEITGEBERS

auf Zustimmung zur Kündigung eines schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen

Name und Anschrift des Arbeitgebers Antragsteller/Antragstellerin			
Name und Anschrift der Beschäftigungsstelle (nur ausfüllen bei Arbeitgebern mit mehreren Betrieben/Dienststellen)			
Art der Beschäftigungsstelle	<input type="checkbox"/> Betrieb (§ 87 Abs. 1, S. 2 SGB IX)	<input type="checkbox"/> Dienststelle (§ 87 Abs. 1, S. 2 SGB IX)	
	zuständiger Personalsachbearbeiter/zuständige Personalsachbearbeiterin		Vorwahl/Durchwahl
	Zeichen des Integrationsamtes - soweit bekannt -		Betriebsnummer
bitte ausfüllen bei Betrieben	Wirtschaftszweig		

Angaben zur Person des schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen

Name, Vorname			
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort			
Geburtstag, Familienstand, telef. zu erreichen unter Rufnummer			
Grad der Behinderung (GdB) Schwerbehinderteneigenschaft/ Gleichstellung nachgewiesen durch			
Beschäftigung beim Arbeitgeber	seit	zuletzt ausgeübte Tätigkeit	
Kündigungsfrist bei ordentlicher Kündigung			
Bruttogehalt	monatlich EUR		
Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> besteht nicht	<input type="checkbox"/> besteht	
Anspruch des schwerbehinderten Menschen auf diese Altersversorgung	<input type="checkbox"/> besteht nicht	<input type="checkbox"/> besteht	ab

Fördermittel für Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja	ab	Höhe (EUR)
	von		

Angaben zur Beschäftigungspflicht des Arbeitgebers (§§ 71 - 74 SGB IX)

Anzahl der Arbeitsplätze im Gesamtunternehmen (§ 73 SGB IX)			
Anzahl der mit schwerbehinderten oder/und gleichgestellten Menschen besetzten Pflichtplätze			das entspricht einer Pflichtquotenerfüllung von %

Helfer/Helferin (Aufgabenträger/Aufgabenträgerin) nach dem SGB IX in Betrieb/Dienststelle

Name des/der Beauftragten des Arbeitgebers		Durchwahl
Name des/der Betriebs-/Personalratsvorsitzenden/der Mitarbeitervertretung (MAV)		Durchwahl
Name der Schwerbehindertenvertretung (Vertrauensfrau/Vertrauensmann der schwerbehinderten Menschen)		Durchwahl

Fragen zum Verfahren und Sachverhalt

Wurden Maßnahmen der Prävention (§ 84) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die Schwerbehindertenvertretung über den Sachverhalt rechtzeitig und umfassend unterrichtet und vor der Antragstellung gehört worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind die oben genannten Helfer über den Sachverhalt informiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist der Arbeitsplatz des schwerbehinderten Menschen weggefallen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist mit den Helfern geprüft worden, ob für den schwerbehinderten Menschen ein anderer geeigneter Arbeitsplatz vorhanden ist, evtl. nach Anpassung des Arbeitsplatzes an die Behinderung durch eine behinderungsgerechte Ausstattung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die Möglichkeit der Einarbeitung/Umschulung/Ausbildung im Betrieb zur Vermeidung der Entlassung geprüft worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls eine Betriebsstilllegung vorliegt, sind Sie bereit entsprechend § 89 Abs. 1 SGB IX für mindestens 3 Monate Gehalt oder Lohn ab dem Tag der Kündigung zu zahlen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Unterschrift

Im Rahmen der Bearbeitung werden Ihre Daten in einer automatisierten Datei gespeichert.

Dieses Exemplar bitte unmittelbar an die **örtliche** Fürsorgestelle übersenden.