

Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers	Landkreis / kreisfreie Stadt
	Name und Tel. des Ansprechpartners des Arbeitgebers
	Betriebsnummer des Arbeitsamtes

Hinweis:
Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag kann bearbeitet werden.

Aktenzeichen des Amtes **(Bitte ergänzen, soweit bekannt)**

Antrag auf Zustimmung zur

**ordentlichen Kündigung
außerordentlichen Kündigung**

**Änderungskündigung
Beendigung gemäß § 92 SGB IX**

des Arbeitsverhältnisses mit einem schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer

Name, Vorname		Geburtsdatum
Wohnanschrift		Telefon (dienstl.)
Schwerbehinderteneigenschaft Gleichstellung	nachgewiesen durch: beantragt am (wenn noch keine Anerkennung):	Grad der Behinderung (v.H.-Satz)
die Kündigung ist vorgesehen zum	die Kündigungsfrist beträgt	

Sind mehrere Betriebe / Dienststellen vorhanden? nein ja		
Name und Anschrift der Beschäftigungsstelle (bei Arbeitgebern mit mehreren Betrieben/ Dienststellen)		
Betriebsbranche		
beschäftigt seit	wöchentliche Arbeitszeit (Stunden)	Nettoeinkommen €
zuletzt ausgeübte Tätigkeit	als Arbeiter/in als Angestellte/r	Beruf
vorgesehene betriebliche Leistungen aufgrund der Kündigung		Besteht ein Sozialplan/Interessenausgleich? ja nein
geltender Tarifvertrag	ordentliche Kündigung ausgeschlossen? (Tarifvertrag, KSchG, Funktionsträger)	nein ja, warum:

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.

Bitte verwenden Sie die folgende Seite, falls dieser Platz nicht ausreicht.

Datum _____

Unterschrift/ Firmenstempel

Fortsetzung- Begründung des Arbeitgebers zur beabsichtigten Kündigung