

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	Änderungskündigung
außerordentlichen Kündigung	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	wochentliche 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:

Zahl der beschäftigten Arbeitskräfte am Tag der Antragstellung insgesamt:		
davon schwerbehinderte Arbeitnehmer ^{*)} :		
Anzahl der zu besetzenden Pflichtplätze:		
Werden außer dem schwerbehinderten ^{*)} noch andere Arbeitnehmer entlassen?		
nein	ja	wenn ja \Rightarrow Anzahl:
davon schwerbehinderte Arbeitnehmer ^{*)} :		
Soll der freiwerdende Arbeitsplatz neu besetzt werden? nein ja		
<input checked="" type="checkbox"/> Ist hierfür ein schwerbehinderter Arbeitnehmer ^{*)} vorgesehen? nein ja		
Ist ein Betriebsübergang vorgesehen?		
nein ja, wann?		

Name, Telefon des / der Beauftragten des Arbeit- gebers	
Name, Telefon des / der Betriebs- / Personalrats- vorsitzenden	
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

^{*)} als solche gelten auch den schwerbehinderten Menschen gleichgestellte behinderte Personen

Fortsetzung- Begründung des Arbeitgebers zur beabsichtigten Kündigung