

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

**Hinweis:**  
Nur ein vollständig ausgefüllter Antrag kann bearbeitet werden.

Aktenzeichen des Amtes (Bitte ergänzen, soweit bekannt)

<b>Antrag auf Zustimmung zur</b>	
<b>ordentlichen Kündigung</b>	<b>Änderungskündigung</b>
<b>außerordentlichen Kündigung</b>	<b>Beendigung gemäß § 92 SGB IX</b>
<b>des Arbeitsverhältnisses mit einem schwerbehinderten/gleichgestellten Arbeitnehmer</b>	

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Wohnanschrift	Telefon (dienstl.)	
Schwerbehinderteneigenschaft  Gleichstellung	nachgewiesen durch:  beantragt am (wenn noch keine Anerkennung):	Grad der Behinderung (v.H.-Satz)
<b>die Kündigung ist vorgesehen zum</b>	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 <sup>*)</sup> :		
Anzahl der zu besetzenden Pflichtplätze:		
Werden außer dem schwerbehinderten <sup>*)</sup> noch andere Arbeitnehmer entlassen?		
nein	ja	wenn ja $\Rightarrow$ Anzahl:
davon schwerbehinderte Arbeitnehmer <sup>*)</sup> :		
Soll der freiwerdende Arbeitsplatz neu besetzt werden? nein ja		
<input checked="" type="checkbox"/> Ist hierfür ein schwerbehinderter Arbeitnehmer <sup>*)</sup> 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 <b>Geben Sie bitte genaue und einzelfallbezogene Gründe an.</b>	
<i>Bitte verwenden Sie die folgende Seite, falls dieser Platz nicht ausreicht.</i>	
Datum _____	Unterschrift/ Firmenstempel

<sup>\*)</sup> als solche gelten auch den schwerbehinderten Menschen gleichgestellte behinderte Personen

Fortsetzung- Begründung des Arbeitgebers zur beabsichtigten Kündigung