

**Name und Anschrift des Arbeitgebers**

Zuständiger Sachbearbeiter des Arbeitgebers (Telefon + Email)

Betriebs- bzw. Personalrat (Telefon + Email)

Vertrauensmann/frau der Schwerbehinderten (Telefon + Email)

**Kreis Pinneberg  
Die Landrätin  
FD Teilhabe  
Fürsorgestelle für Schwerbehinderte  
Kurt-Wagener-Str. 11  
  
25337 Elmshorn**

**Antrag auf Zustimmung gem. §168 ff. SGB IX zur**

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

des Arbeitsverhältnisses mit einer/einem Schwerbehinderten oder Gleichgestellten

\_\_\_\_\_  
(Name der/des Arbeitnehmerin/ers)

**Hinweis: Bitte reichen Sie den Antrag 2-fach (Kopien) ein. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau und geben Sie bitte die Kündigungsgründe an. Die Kündigung ist nur zulässig, wenn die Zustimmung der Fürsorgestelle vorliegt. Eine rückwirkende Zustimmung ist nicht möglich.**

**1. Angaben zum Arbeitgeber**

Anschrift der Hauptverwaltung bei rechtlich nicht selbständigen Betriebsstellen oder Nebenbetrieben	
Wirtschaftszeug:	Betriebsnummer (von der Arbeitsagentur zugeteilt)
Zahl der Beschäftigten im Betrieb	Schwerbehinderten-Beschäftigungssoll

Zahl der beschäftigten Schwerbehinderten einschl. Mehrfachnennung

Ist beabsichtigt, auf dem freiwerdenden Arbeitsplatz einen anderen Arbeitnehmer einzustellen?

Ja, einen schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen  Ja  Nein

Nein

Werden außer dem/der Betroffenen weitere Arbeitnehmer entlassen?  Nein  Ja

Anzahl \_\_\_\_\_ Davon Schwerbehinderte: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zum Schwerbehinderten/Gleichgestellten

Name und Vorname	Geburtsdatum
Wohnanschrift	Telefon
Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder	Familienstand

Der betroffene Arbeitnehmer ist Schwerbehinderter  Gleichgestellter

Der Grad der Behinderung beträgt \_\_\_\_\_% Versorgungsamt \_\_\_\_\_

Art der anerkannten Behinderung  
\_\_\_\_\_

Mehrfachanrechnung  Ja  Nein

Der betroffene Arbeitnehmer

hat einen Antrag beim Versorgungsamt auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt

hat Antrag bei der Agentur für Arbeit auf Gleichstellung gestellt

Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung): \_\_\_\_\_

Beschäftigt seit: \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

Nettoeinkommen \_\_\_\_\_

Kündigungsfrist bei ordentlicher Kündigung: \_\_\_\_\_

Die ordentliche Kündigung soll erfolgen zum: \_\_\_\_\_

Aus Anlass der Auflösung des Arbeitsverhältnisses werden folgende Leistungen gewährt:  
\_\_\_\_\_

### 3. Antragbegründung

Darstellung des Sachverhalts unter Angabe des betriebs-, personen- oder verhaltensbedingten Kündigungsgrundes: Bitte legen Sie Ihre Kündigungsgründe im Einzelnen dar. Begründen Sie auch, warum eine Beschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz nicht möglich ist. Bei verhaltensbedingter Kündigung sind erteilte Abmahnungen beizufügen.

Grund der Kündigung

betriebsbedingt

personenbedingt

verhaltensbedingt

Weitere Ausführungen ggf. auf einem neutralen Blatt

#### Bei außerordentlichen Kündigung:

Wann haben Sie von den für die außerordentliche Kündigung maßgeblichen Tatsachen Kenntnis erlangt?

Datum: \_\_\_\_\_

Hinweis:

Bevor die Fürsorgestelle über den Antrag entscheiden kann, hat sie eine Stellungnahme des Betriebs- bzw. Personalrates, des Vertrauensmannes der Schwerbehinderten und des betroffenen Schwerbehinderten bzw. Gleichgestellten einzuholen und den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der kündigungsberechtigten Person des Arbeitgebers