

Landschaftsverband Westfalen-
Lippe
- LWL-Integrationsamt Westfalen -

48133 Münster

Betrieb/Dienststelle (Stempel)

(unbedingt angeben)

Ihre Betriebs-Nr. (können Sie bei der Agentur für Arbeit erfragen):

/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Ort, Datum

**Antrag des Arbeitgebers auf Zustimmung gem. §§ 85 ff.
Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)**

Antrag auf Zustimmung zur

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ordentlichen fristgerechten Kündigung | <input type="checkbox"/> außerordentlichen fristlosen Kündigung <u>und</u> außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslauffrist |
| <input type="checkbox"/> außerordentlichen fristlosen Kündigung | <input type="checkbox"/> ordentliche Änderungskündigung |
| <input type="checkbox"/> außerordentlichen fristlosen <u>und</u> ordentlichen fristgerechten Kündigung | <input type="checkbox"/> außerordentlichen Änderungskündigung |
| <input type="checkbox"/> außerordentlichen fristlosen Kündigung und nur hilfsweise zur ordentlichen fristgerechten Kündigung | <input type="checkbox"/> Beendigung des Arbeitsverhältnisses gem. § 92 SGB IX wegen des Eintritts
- der teilweisen Erwerbsminderung
- der vollen Erwerbsminderung auf Zeit
- der Erwerbsunfähigkeit auf Zeit
- der Berufsunfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslauffrist | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

der/ des Frau/Herrn

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Telefon:
Anschrift:		Telefax:
		e-Mail:

1. Angaben zum Beschäftigungsbetrieb

Betriebsname, Rechtsform		
Anschrift des Beschäftigungsbetriebes (Straße, PLZ, Ort):		Telefon: Telefax: e-Mail:
Name der/des zuständigen Personalsachbearbeiter/in:		Telefon (Durchwahl):
Name der Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:		Telefon (Durchwahl):
Name der/des Vorsitzenden des Betriebs-oder Personalrates bzw.der Mitarbeitervertretung:		Telefon (Durchwahl):
Aktuelle Zahl der Arbeitsplätze:	Zahl der aktuell beschäftigten schwerbehinderten Menschen und anderen Personen im Sinne des § 71 SGB IX:	(unbedingt angeben) Ihre Betriebs-Nr. (können Sie bei der Agentur für Arbeit erfragen): / / / / / / / / / / / / / / /
Geltender Tarifvertrag: betriebliche Wochenarbeitszeit:		

2. Angaben zum Hauptbetrieb, nur wenn dieser vom Beschäftigungsbetrieb abweicht

Anschrift des Hauptbetriebes (Str., PLZ, Ort):		Telefon: Telefax: e-Mail:
Gesamt- Schwerbehindertenvertretung Name:	arbeitet in Betriebsstätte:	Telefon: Telefax: e-Mail:
Gibt es - außer dem Hauptbetrieb und dem Beschäftigungsbetrieb - noch weitere Betriebe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

3. Angaben zum behinderten Menschen (soweit bekannt)

<p>Frau/ Herr _____</p> <p><input type="checkbox"/> ist schwerbehindert, der Grad der Behinderung beträgt _____.</p> <p><input type="checkbox"/> ist den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt, der Grad der Behinderung beträgt _____.</p> <p><input type="checkbox"/> hat am _____ beim Versorgungsamt die Feststellung der Behinderung bzw. eines höheren Grades der Behinderung beantragt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ein Bescheid liegt noch nicht vor. hat am _____ bei der Agentur für Arbeit die Gleichstellung beantragt. Ein Bescheid liegt noch nicht vor.</p> <p><input type="checkbox"/> Konkrete Angaben zum Schwerbehinderten- bzw. Gleichgestelltenstatus können nicht gemacht werden. Dass Kündigungsschutz nach dem SGB IX besteht wird unterstellt, weil</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Eintritt am: _____</p> <p>Arbeitsverhältnis ist</p> <p><input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis: _____ (bitte Fotokopie des Arbeitsvertrages beifügen)</p> <p>Beschäftigt als: _____</p> <p>Wochenarbeitszeit (Std.): _____</p> <p>Tarifliche Lohn-oder Gehaltsgruppe: _____</p> <p>Bruttomonatslohn/-gehalt (EUR): _____</p>
<p>Kündigungsfrist lt. Arbeitsvertrag/Tarifvertrag/Gesetz:</p> <p>_____ Monate <input type="checkbox"/> zum Monatsende <input type="checkbox"/> zum 15. des Monats</p> <p>_____ Wochen <input type="checkbox"/> Quartalsende</p> <p>Ist die <u>ordentliche</u> Kündigung <i>gesetzlich</i>, <i>tarifvertraglich</i> oder <i>arbeitsvertraglich</i> ausgeschlossen (z.B. wegen Zugehörigkeit zum Betriebs-/ Personalrat/ zur Mitarbeitervertretung oder mit Rücksicht auf die Eigenschaft als Vertrauensperson bzw. stellvertr. Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen oder wegen der Dauer der Betriebszugehörigkeit und des Lebensalters) ?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grund: _____</p>	
<p>Für die Beschäftigung des schwerbehinderten Menschen hat die Agentur für Arbeit, die DRV, die Bundesknappschaft, die Berufsgenossenschaft, die örtliche Fürsorgestelle oder das LWL-Integrationsamt Westfalen innerhalb der letzten 5 Jahre Zuschüsse (z.B. Lohnkostenzuschüsse, Einarbeitungszuschüsse oder Zuschüsse/Darlehen zu den Kosten des Arbeitsplatzes) geleistet:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p>Art der Leistung: _____</p>	<p>Höhe in EUR: _____</p>

4. **Antragsbegründung** (soweit noch nicht erfolgt; evtl. auf gesondertem Blatt fortsetzen)

Bei Anträgen auf Zustimmung zur außerordentlichen Kündigung: Kenntnis vom Kündigungsgrund am (Datum) _____	
Im Vorfeld der Antragstellung bestand bereits Kontakt zu einer/einem Mitarbeiter/in	
<input type="checkbox"/>	der örtlichen Fürsorgestelle Name: _____
<input type="checkbox"/>	des Integrationsfachdienstes Name: _____
<input type="checkbox"/>	des Integrationsamtes Name: _____

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – LWL-Integrationsamt Westfalen- erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 28.08.2002 – BGBl.- S. 3322 -). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

(Datum, Unterschrift)

Verteiler:

Kopie des Zustimmungsantrags haben erhalten:

- | | | |
|--------------------------|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> | der behinderte Mensch | am: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen | am: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Betriebsrat / Personalrat /Mitarbeitervertretung | am: _____ |
| <input type="checkbox"/> | örtliche Fürsorgestelle
der Stadt-/Kreisverwaltung _____ | am: _____ |