

**Bitte wählen Sie die entsprechende Adresse aus!**

Thüringer Landesverwaltungsamt Integrationsamt

Geschäftszeichen	
Fallaktenzeichen	
Sachbearbeiter	
AZ Betrieb	
AZ Person	

(wird vom Integrationsamt ausgefüllt)

## Durchführung des Kündigungsschutzes nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

**Antrag auf Zustimmung zur**

- ordentlichen Kündigung
  außerordentlichen Kündigung
  hilfsweise ordentlichen Kündigung
  Änderungskündigung
  Beendigung des Arbeitsverhältnisses  
 (im Fall der Gewährung von teilweiser Erwerbsminderungsrente oder Erwerbsminderungsrente auf Zeit, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit)

**Angaben zum Arbeitgeber**

Name und Anschrift des Arbeitgebers:		Landkreis/kreisfreie Stadt:
Name, Telefonnummer und Email sowie Anschrift, falls abweichend		
Ansprechpartner:		
Schwerbehindertenvertretung:		
Betriebs- bzw. Personalrat:		

**Angaben zur Person des schwerbehinderten/gleichgestellt behinderten Arbeitnehmers**

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Anschrift:		Landkreis/kreisfreie Stadt:	
Email:		Telefonnummer:	
<input type="checkbox"/> schwerbehindert	<input type="checkbox"/> gleichgestellt behindert	<input type="checkbox"/> unbekannt	Grad der Behinderung: <input type="text"/>
hat am <input type="checkbox"/> Antrag auf Gleichstellung bei der Agentur für Arbeit gestellt			
<input type="checkbox"/> Antrag auf Feststellung gestellt			

**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

beschäftigt seit: _____		Arbeitsentgelt (netto) monatlich EUR: _____	
Art der Tätigkeit: _____			
die Kündigung ist vorgesehen zum: _____	die Kündigungsfrist beträgt: _____	ein geltender Tarifvertrag ist vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
die ordentliche Kündigung ist durch Tarifvertrag ausgeschlossen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Angaben zum Betrieb bzw. zur Dienststelle des Arbeitgebers**

Betriebsnummer lt. Agentur für Arbeit: _____	
Das Unternehmen besteht aus <input type="checkbox"/> einer Betriebsstätte <input type="checkbox"/> mehreren Betriebsstätten	
Bezeichnung der Betriebsstätte, Anschrift: _____	Landkreis/kreisfreie Stadt _____
<input type="checkbox"/> selbständige Betriebsstätte <small>(i.S.d. §§ 1, 4 BetrVG, mindestens 5 Mitarbeiter und betriebsratsfähig)</small>	<input type="checkbox"/> unselbständige Betriebsstätte
Arbeitsplätze der Firma insgesamt: _____	Anzahl der beschäftigten schwerbehinderten/ gleichgestellt behinderten Arbeitnehmer: _____
Sind weitere Entlassungen beabsichtigt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viele: _____ darunter schwerbehinderte/gleichgestellt behinderte Arbeitnehmer: _____	
Die Einstellung bzw. der Arbeitsplatz des Arbeitnehmers wurde mit öffentlichen Mitteln gefördert (z.B. von der Agentur für Arbeit, vom Integrationsamt) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch _____	

**Fragen zum Verfahren und zum Sachverhalt:**

(bitte ankreuzen)

	ja	nein
Ist geprüft worden, ob für den Arbeitnehmer ein anderer geeigneter Arbeitsplatz vorhanden ist? (evtl. nach Anpassung des Arbeitsplatzes an die Behinderung durch eine behindertengerechte Ausstattung) Bitte erläutern Sie Ihre Antwort! _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist im Rahmen des Direktionsrechts geprüft worden, ob eine Umsetzung in Frage kommt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ein betriebliches Eingliederungsmanagement stattgefunden? (wenn ja, bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat ein Präventionsverfahren stattgefunden? <small>(Der Arbeitgeber schaltet gemäß § 167 Abs. 1 SGB IX bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in § 176 SGB IX genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Ist beabsichtigt, auf dem freiwerdenden Arbeitsplatz einen anderen Arbeitnehmer zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War der Integrationsfachdienst einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei außerordentlicher Kündigung: Wann (genaues Datum) haben Sie von den für die außerordentliche Kündigung maßgeblichen Tatsachen Kenntnis erlangt?		

**Begründung der beabsichtigten Kündigung:** (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Betriebsauflösung, -stilllegung
<input type="checkbox"/>	Insolvenzverfahren
<input type="checkbox"/>	wesentliche Betriebseinschränkung
<input type="checkbox"/>	Auftragsmangel
<input type="checkbox"/>	Rationalisierung
<input type="checkbox"/>	Wegfall des Arbeitsplatzes aus anderen Gründen
<input type="checkbox"/>	sonstige betriebliche Gründe
<input type="checkbox"/>	Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit (bitte Gesamtzahl der in den letzten 5 Jahren aufgetretenen krankheitsbedingten Fehlzeiten, getrennt nach Arbeitstagen pro Jahr angeben)
	<input type="checkbox"/> Langzeiterkrankung <input type="checkbox"/> häufige Kurzerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Leistungseinschränkung wegen Krankheit/Behinderung
<input type="checkbox"/>	behinderungsunabhängige Leistungsmängel
<input type="checkbox"/>	persönliches (Fehl)verhalten
<input type="checkbox"/>	sonstige Gründe in der Person
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

**Antragsbegründung:**

Darstellung des Sachverhalts unter Angabe des betriebs-, personen-oder verhaltensbedingten Kündigungsgrundes. Bitte legen Sie Ihre Kündigungsgründe im Einzelnen dar und vermeiden Sie allgemeine Angaben. Belegen Sie Ihre Kündigungsgründe gegebenenfalls durch Vorlage von nachprüfbaren Belegen (Abmahnungen, Zeugenaussagen u.ä.)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Hinweis**

Die Antragsunterlagen werden dem schwerbehinderten Menschen zur Kenntnis gegeben. Bitte kennzeichnen Sie die Unterlagen, die nicht weitergegeben werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift