

**Name und Anschrift des Arbeitgebers**

Zuständiger Sachbearbeiter des Arbeitgebers ☎:

Betriebs bzw. Personalrat ☎:

Vertrauensmann/Vertrauensfrau der Schwerbehinderten ☎:

Kreis Segeberg  
-Der Landrat-  
-Fürsorgestelle-  
Hamburger Str. 30  
23795 Bad Segeberg

Tel.: 04551 / 951-9767

**Antrag**

auf Zustimmung zur

- ordentlichen Kündigung
- außerordentlichen Kündigung
- ordentliche Änderungskündigung
- außerordentliche Änderungskündigung
- Beendigung des Arbeitsverhältnisses nach § 175 SGB IX (Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit)

\_\_\_\_\_  
(Name des betroffenen Arbeitnehmers)

**Hinweis:** Beantworten Sie bitte alle Fragen genau und geben Sie insbesondere die Kündigungsgründe an. Eine Kündigung ist nur zulässig, wenn die Zustimmung der Fürsorgestelle vorliegt. Eine rückwirkende Zustimmung ist nicht möglich.

**Angaben zum Arbeitgeber:**

Anschrift der Hauptverwaltung bei rechtlich nicht selbständigen Betriebsstellen oder Nebenbetrieben

\_\_\_\_\_  
Wirtschaftszweig \_\_\_\_\_

Zahl der Beschäftigten im Betrieb (ab 20 Mitarbeiter beschäftigungspflichtig)

Schwerbehinderten-Beschäftigungssoll (5%)

Zahl der beschäftigten Schwerbehinderten einschließlich Mehrfachanrechnung

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

nein       ja  
wenn ja, einen Schwerbehinderten       nein       ja

Werden außer dem Betroffenen noch andere Arbeitnehmer entlassen?       nein       ja  
wenn ja, Anzahl       davon Schwerbehinderte

**Angaben zum Schwerbehinderten/Gleichgestellten:**

Name und Vorname des betroffenen Arbeitnehmers	Geburtsdatum:
--	---------------

Wohnanschrift	Telefon:
---------------	----------

Familienstand			
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden
Zahl und Alter der unterhaltsberechtigten Kinder:	<input type="text"/>		

Der betroffene Arbeitnehmer ist	<input type="checkbox"/> Schwerbehinderter	<input type="checkbox"/> Gleichgestellter
Der Grad der Behinderung beträgt	<input type="text"/>	% Versorgungsamt _____
Art der anerkannten Behinderungen (soweit bekannt): _____		
Mehrfachanrechnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der betroffene Arbeitnehmer		
<input type="checkbox"/> hat Antrag beim Versorgungsamt auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt		
<input type="checkbox"/> hat Antrag beim Arbeitsamt auf Gleichstellung gestellt		
Wurden in den letzten 5 Jahren Leistungen von dem Integrationsamt bezogen:		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Art der Tätigkeit (kurze Beschreibung)	_____			
beschäftigt seit:	<input type="text"/>	Bruttoeinkommen:	<input type="text"/>	€
wöchentliche Arbeitszeit in Std.:	<input type="text"/>			
Kündigungsfrist bei ordentlicher Kündigung: _____				
Die ordentliche Kündigung soll erfolgen zum: _____				
Aus Anlass der Auflösung des Arbeitsverhältnisses werden folgende Leistungen gewährt: _____				
_____				

Wurde die Schwerbehindertenvertretung an dem Kündigungsverfahren beteiligt? \_\_\_\_\_

(Über die Beteiligung ist ein Nachweis einzureichen)

**Begründung des Antrages:**

**Bitte geben Sie in Ihrer Begründung auch an, warum eine Weiterbeschäftigung auf einem anderen Arbeitsplatz nicht möglich ist. Bei verhaltensbedingter Kündigung sind erteilte Abmahnungen beizufügen.**

(weitere Ausführungen ggf. auf einem neutralen Blatt)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Arbeitgebers bzw. des zur Kündigung Berechtigten

**Hinweis: Bevor die Fürsorgestelle über den Antrag entscheiden kann, hat sie eine Stellungnahme des Betriebs- bzw. Personalrates, der Schwerbehindertenvertretung und des/der betroffenen Schwerbehinderten bzw. Gleichgestellten einzuholen und den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Alle Beteiligten erhalten ein Exemplar des Antrages mit Begründung.**