

Aktenzeichen (vom Inklusionsamt auszufüllen)

Eingangsstempel

Amt für Versorgung und Inklusion Bremen
 -Inklusionsamt-
 Doventorscontrescarpe 172 D
 28195 Bremen

**Antrag auf Zustimmung gemäß §§ 168 ff. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch
 (SGB IX) zur**

- ☐ ordentlichen fristgerechten Kündigung
- ☐ außerordentlichen fristlosen Kündigung
- ☐ außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslauffrist
- ☐ Beendigung des Arbeitsverhältnisses ohne Kündigung nach § 175 SGB IX
- ☐ ordentlichen Änderungskündigung
- ☐ außerordentlichen Änderungskündigung

A Antragsteller/in (Arbeitgeber/in)

Firma			
Anschrift des Unternehmens (Hauptsitz)			
Ansprechpartner/in			
Name, Vorname			
Anschrift, falls von Hauptsitz des Unternehmens abweichend			
Telefon		Telefax	
E-Mail		Geschäfts- zeichen	
Das Unternehmen besteht aus <input type="checkbox"/> einer Betriebsstätte <input type="checkbox"/> mehreren Betriebsstätten			
<i>falls mehrere Betriebsstätten vorliegen:</i> Betriebsstätte, in welcher der/ die Beschäftigte tätig ist (Name, Anschrift) Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> selbständige Betriebsstätte (nach §§ 1,4 BetrVG; mindestens 5 Beschäftigte und betriebsratsfähig) <input type="checkbox"/> unselbständige Betriebsstätte			

Betriebs-/Personalrat			
<input type="checkbox"/> ist vorhanden <input type="checkbox"/> wurde nicht gewählt			
Name des Vorsitzenden/ der Vorsitzenden			
Anschrift, falls von Hauptsitz des Unternehmens abweichend			
Telefon		Telefax	
E-Mail			
Schwerbehindertenvertretung			
<input type="checkbox"/> ist vorhanden <input type="checkbox"/> wurde nicht gewählt		<input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> überörtlich	
Name der Vertrauensperson			
Anschrift, falls von Hauptsitz des Unternehmens abweichend			
Telefon		Telefax	
E-Mail			

B schwerbehinderte / gleichgestellte beschäftigte Person

Name, Vorname	
Anschrift	
gesetzliche Betreuung oder Vertretung (falls vorhanden)	
Geburtsdatum	
Grad der Behinderung	
Art der Behinderung, falls bekannt	
Falls der GdB unter 50 ist: Liegt eine Gleichstellung der Agentur für Arbeit vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat einen Antrag auf Feststellung einer Behinderung / Gleichstellung gestellt am bei	

Bitte legen Sie dem Antrag eine Kopie vom Schwerbehindertenausweis beziehungsweise Gleichstellungsbescheid bei, soweit bei Ihnen vorhanden.

C Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

beschäftigt seit	
beschäftigt als	
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit, mit	von Wochenstunden
Kündigungsfrist	
geltender Tarifvertrag	
Eine ordentliche Kündigung ist ausgeschlossen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Die Einstellung bzw. der Arbeitsplatz wurden mit öffentlichen Mitteln gefördert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch
Beschreibung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (ggf. auf separatem Blatt ergänzen oder Stellenprofil beilegen)	

D Kündigungsgrund

<p>Bitte füllen Sie je nach Art und Anlass der Kündigung zusätzlich die Anlage 1 oder 2 aus. Welcher Sachverhalt führt zu Ihrer Kündigungsabsicht? (bei Bedarf auf separatem Blatt ergänzen, gegebenenfalls Nachweise beifügen)</p>
<p>Bitte geben Sie an, was Sie unternommen haben, um eine Kündigung zu vermeiden. Beispielsweise Präventionsverfahren oder Betriebliches Eingliederungsmanagement.</p>

E Erklärungen und Unterschrift

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die von uns in diesem Antrag und im Laufe des Verfahrens gemachten Angaben (samt Anlagen) über Betriebs- und Geschäftsverhältnisse zur Stellungnahme an den Beschäftigten/die Beschäftigte, den Betriebs-/Personalrat, die Schwerbehindertenvertretung weitergeleitet werden, soweit dies erforderlich sein sollte (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und dass ich dieser Datenübermittlung jederzeit formlos widersprechen kann, '
- die von mir in diesem Antrag und im Laufe des Verfahrens gemachten Angaben (samt Anlagen) über Betriebs- und Geschäftsverhältnisse im Rahmen eines sich möglicherweise anschließenden gerichtlichen Verfahrens an das Verwaltungsgericht übermittelt werden,
- ich am Verfahren mitwirken soll und
- meine fehlende Mitwirkung zur Folge haben kann, dass die Zustimmung zur Kündigung nur deshalb nicht erteilt werden kann.

Ort

Datum

Unterschrift

Name und Funktion des Unterzeichnenden

F Datenschutz

Ich bestätige, dass ich die Hinweise zum Datenschutz auf der folgenden Seite gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Ort

Datum

Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz

Antrag auf Zustimmung zur Kündigung

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das AVIB.

Für dieses Formular und das Verfahren ist das Amt für Versorgung und Inklusion Bremen (AVIB) verantwortlich.

Die Angaben, die Sie

- in diesem Formular sowie
- im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber uns

machen, benötigen wir, um Ihren Antrag zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlagen dafür sind §§ 168 ff. Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch.

Falls zu einem späteren Zeitpunkt ein Präventionsverfahren eingeleitet wird, werden wir die erhobenen Daten im erforderlichen Umfang für dieses nutzen.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, müssen wir Ihren Antrag aber möglicherweise ablehnen.

Die von Ihnen gemachten Angaben speichern wir elektronisch und in Papierform.

Möglicherweise werden wir Ärzte außerhalb des AVIB beauftragen, ein Gutachten bzw. einen Bericht zu erstellen. Der Arzt erhält dann die erforderlichen Unterlagen und ist zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns eine kostenlose **Kopie** dieser Daten verlangen.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.

- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags werden wir andere Personen und Stellen um Übermittlung von Daten bitten, und zwar werden wir die/den Beschäftigte/n, den Personal-/Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung, die Sie im Antrag angegeben haben anschreiben und um Stellungnahme bitten.

Sie können auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

Amt für Versorgung und Inklusion Bremen
-Inklusionsamt-

Doventorscontrescarpe 172 D
28195 Bremen

Tel.: 0421 361 5541

Fax: 0421 361 5326

E-Mail: office.inklusionsamt@avib.bremen.de

behördliche Datenschutzbeauftragte des AVIB:

Frau Marion Bünning

Tel.: 0421 361 5230

E-Mail: marion.buenning@avib.bremen.de

Bei Beschwerden können Sie sich auch wenden an:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Herr Dr. Timo Utermark

Arndtstraße 1

27570 Bremerhaven

Tel.: 0421 361 2010 oder 0471 5962010

Fax: 0421 49618495

E-Mail: office@datenschutz.bremen.de

Sie haben das Recht, der Verarbeitung Ihrer Daten durch uns jederzeit zu widersprechen.

Anlage 1 zum Antrag auf Zustimmung zur Kündigung

Bitte ausfüllen bei krankheitsbedingten / personenbedingten Kündigungsgründen

Stellen Sie die krankheitsbedingten Fehlzeiten in den letzten 3 Jahren dar:	
Wurde der Betriebsarzt beteiligt? Gegebenenfalls Stellungnahme beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegen Ihnen sonstige aktuelle ärztliche Unterlagen vor? Falls ja, bitte beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche betrieblichen Beeinträchtigungen liegen durch die Fehlzeiten vor?	
Wurde ein Betriebliches Eingliederungs-management nach § 167 Abs. 2 SGB IX durchgeführt? Falls ja, mit welchem Ergebnis?	

Bitte ausfüllen bei verhaltensbedingten Kündigungsgründen

Haben Sie aus vergleichbaren Gründen bereits eine Abmahnung ausgesprochen? Falls ja, bitte beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegen Ihnen Nachweise für das Fehlverhalten vor? Falls ja, bitte beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

bei außerordentlichen Kündigungen bitte zusätzlich angeben

Datum des kündigungsrelevanten Vorfalls	
Wann haben Sie sichere Kenntnis über den Kündigungsgrund erlangt?	
Wann wurde der schwerbehinderte Beschäftigte zu dem Vorfall gehört?	

Anlage 2 zum Antrag auf Zustimmung zur Kündigung

Bitte ausfüllen bei betriebsbedingten Kündigungsgründen

Fügen Sie bitte einen geeigneten Nachweis über die getroffene unternehmerische Entscheidung bei, die zum Wegfall des Arbeitsplatzes führt.

Wurden ein Interessenausgleich und ein Sozialplan abgeschlossen? Falls ja, bitte in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der betroffene schwerbehinderte Mensch in einer Namensliste aufgeführt? Falls ja, bitte in Kopie beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde eine Sozialauswahl unter Berücksichtigung der Schwerbehinderteneigenschaft durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gibt es Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten für den schwerbehinderten Beschäftigten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:

Bitte ausfüllen bei Betriebsschließungen

(Voraussetzungen gem. § 172 Abs. 1 S.1 SGB IX)

Wurde der Betrieb bereits endgültig stillgelegt? (bitte gegebenenfalls Gewerbeabmeldung beziehungsweise Handelsregistrauszug beifügen)	<input type="checkbox"/> ja, zum <input type="checkbox"/> nein
Falls der Betrieb zukünftig stillgelegt werden soll: Durch wen wurde die Stilllegung beschlossen? Wann soll die Stilllegung erfolgen?	
Werden ab dem Tag der Kündigung an mindestens drei Monate lang Gehalt oder Lohn an den schwerbehinderten Beschäftigten gezahlt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verfügen Sie noch über andere Betriebe oder Betriebsstätten, die zu Ihrem Unternehmen gehören? Gibt es dort freie Arbeitsplätze, auf denen Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten angeboten werden könnten beziehungsweise was steht einer Weiterbeschäftigung dort entgegen?	
Hat ein Betriebsübergang stattgefunden? Wenn ja: wann und auf wen?	

Bitte ausfüllen bei Insolvenzverfahren
(Voraussetzungen gem. § 172 Abs. 3 SGB IX)

Wurde das Insolvenzverfahren eröffnet? Bitte Eröffnungsbeschluss in Kopie beifügen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird der Betrieb stillgelegt? Falls ja, bitte oben stehende Fragen zur Betriebsschließung beantworten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der betroffene schwerbehinderte Mensch gem. § 125 InsO in der Namensliste des Interessenausgleichs aufgeführt? (Bitte ggf. Interessenausgleich und Sozialplan in Kopie beifügen).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist die Schwerbehindertenvertretung beim Zustandekommen des Interessenausgleichs beteiligt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie viele Arbeitnehmer sind vor Inkrafttreten des Interessenausgleichs <u>insgesamt</u> im Betrieb beschäftigt worden?	
Wie viele schwerbehinderte und gleichgestellte ArbeitnehmerInnen wurden vor Inkrafttreten des Interessenausgleichs beschäftigt?	
Wie viele übrige ArbeitnehmerInnen sollen nach dem Interessenausgleich entlassen werden?	
Reicht die Anzahl der verbleibenden schwerbehinderten und gleichgestellten ArbeitnehmerInnen aus, um die Pflichtquote nach § 154 SGB IX zu erfüllen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein