

Kreis Dithmarschen
Der Landrat
Fürsorgestelle
Postfach 16 20

25736 Heide

Betr.: Kündigungsschutz nach den §§ 85 ff. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Hiermit wird die Zustimmung zur

- ordentlichen
 - außerordentlichen
 - Änderungs-
 - Beendigung
- } Kündigung

des Arbeitsverhältnisses mit der/dem Schwerbehinderten/ Gleichgestellten

Name, Vorname

beantragt.

1. Angaben zum Arbeitgeber:

1.1 Betriebsname, Rechtsform, Straße, Ort	
Wirtschaftszweig	
Personalsachbearbeiter/ ☎	
Beauftragter des Arbeitgebers (§ 98 SGB IX)/ ☎	
Schwerbehindertenvertretung/ ☎	
Personal-/Betriebsratsvorsitzender/ ☎	
Betriebs-Nr. des Arbeitsamtes	

1.2 Arbeitsplätze		
insgesamt: _____		
besetzte Pflichtplätze (§ 71 SGB IX)		
insgesamt: _____	= _____	% der Arbeitsplätze
davon:		
nach Art und Schwere besonders betroffen (§ 72 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX)		50 Jahre und älter (§ 72 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX)
_____		_____
Gleichgestellte (§ 2 Abs. 3 SGB IX)		Mehrfachanrechnung (§ 76 SGB IX)
_____		_____

1.3	<input type="checkbox"/>	Der Arbeitgeber verfügt nur über diese eine Betriebsstätte
	<input type="checkbox"/>	Der Arbeitgeber verfügt über mehrere Betriebsstätten. Die/Der Schwerbehinderte/ Gleichgestellte arbeitet in der Betriebsstätte
Name, Straße, Ort		
Personalsachbearbeiter/ ☎		
Schwerbehindertenvertretung/ ☎		
Personal-/Betriebsratsvorsitzender/ ☎		
Zahl der Arbeitsplätze		
Betriebs-Nr. des Arbeitsamtes		

2. Angaben zur/zum Schwerbehinderten/Gleichgestellten:

2.1 Name, Vorname, Geburtsdatum	
Genauer Anschrift/ ☎	

<input type="checkbox"/> Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	<input type="checkbox"/> nachgewiesen durch Bescheid/ Ausweis vom _____ ausgestellt durch Landesamt für soziale Dienste _____ Az.: _____ gültig bis: _____ Grad der Behinderung (GdB) _____ <input type="checkbox"/> Schwerbehinderung ist offensichtlich (bitte auf besonderem Blatt begründen)
<input type="checkbox"/> Gleichstellung (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	durch Arbeitsamt _____ Bescheid vom _____ Az.: _____
<input type="checkbox"/> kein gültiger Nachweis Antrag gem. § 69 SGB IX	gestellt beim Landesamt für soziale Dienste _____ am _____ Az.: _____
<input type="checkbox"/> Mehrfachanrechnung nach § 76 SGB IX	durch Arbeitsamt _____ auf _____ Pflichtplätze Bescheid vom _____ Az.: _____
erlernter Beruf	
zzt. ausgeübte Tätigkeit (Kurzbeschreibung)	
beschäftigt seit:	

3. Angaben zum Verfahren

geltender Tarifvertrag	
ordentliche Kündigung ausgeschlossen durch Tarifvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kündigungsfrist	_____ Wochen/Monate/ zum 15. des Monats/ Monats-/Quartals-/Halbjahres-/ Jahresende
Kündigung soll erfolgen	am _____ zum _____
Betriebliche Leistungen wegen der Kündigung (z.B. Sozialplan)	

4. Begründung des Zustimmungsantrages: (wenn nötig, auf besonderem Blatt erläutern)

 (Datum)

 (Unterschrift des Antragstellers)