Betrieb/Dienststelle

LWL-Inklusionsamt Arbeit
48133 Münster

Ort, Datum

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

- □ ordentlichen fristgerechten Kündigung
- □ außerordentlichen fristlosen Kündigung
- □ außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslauffrist
- □ außerordentlichen fristlosen und ordentlichen fristgerechten Kündigung
- □ außerordentlichen fristlosen Kündigung und außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslauffrist
- □ ordentlichen Änderungskündigung
- □ außerordentlichen Änderungskündigung
- □ außerordentlichen Änderungskündigung mit sozialer Auslauffrist
- □ Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses gemäß § 175 SGB IX (ohne Kündigung)

□ der Frau □ des Herrn

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

Az. des LWL-Inklusionsamts Arbeit: 61K- _____
(falls bekannt, bitte angeben)

1. Angaben zum Beschäftigungsbetrieb

<table>
<tr><td colspan="3">Betriebsname, Rechtsform:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Anschrift des Beschäftigungsbetriebes (Straße, PLZ, Ort):</td><td>Telefon:

Telefax:

E-Mail:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Name der:des zuständigen Personalsachbearbeiter:in:</td><td>Telefon (Durchwahl):

E-Mail:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Name der gewählten Vertrauensperson der Menschen mit Schwerbehinderung:</td><td>Telefon (Durchwahl):

E-Mail:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Name der:des Vorsitzenden des Betriebs- oder Personalrates bzw. der Mitarbeitervertretung:</td><td>Telefon (Durchwahl):

E-Mail:</td></tr>
<tr><td>Aktuelle Anzahl der Gesamtarbeitsplätze im Beschäftigungsbetrieb (ohne Auszubildende):</td><td>Im Gesamtunternehmen (Haupt- und Nebenbetriebe) wird die Beschäftigungsquote (§ 154 SGB IX) erfüllt:

□ ja, mit %

□ nein</td><td>(unbedingt angeben)
Ihre Betriebs-Nr. (8 Ziffern, kann bei der Agentur für Arbeit erfragt werden):

| | | | | | | | |</td></tr>
<tr><td colspan="3">Geltender Tarifvertrag:

betriebliche Wochenarbeitszeit:</td></tr>
</table>

2. Angaben zum <u>Hauptbetrieb</u>, nur, wenn dieser <u>vom Beschäftigungsbetrieb abweicht</u>

<table>
<tr><td colspan="2">Anschrift des Hauptbetriebes (Str., PLZ, Ort):</td><td>Telefon:

Telefax:

E-Mail:</td></tr>
<tr><td>Gesamt-Schwerbehindertenvertretung
Name:</td><td>arbeitet in Betriebsstätte:</td><td>Telefon:

Telefax:

E-Mail:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Gibt es - außer dem Hauptbetrieb und dem Beschäftigungsbetrieb - noch weitere Betriebe?
□ ja □ nein</td></tr>
</table>

3. Angaben zum Menschen mit Schwerbehinderung (soweit bekannt)

<table>
<tr><td>Frau/Herr _____

☐ ist schwerbehindert, der Grad der Behinderung beträgt _____.
☐ ist den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt, der Grad der Behinderung beträgt _____.
☐ hat am _____ bei _____ die Feststellung der Behinderung bzw. eines höheren Grades der Behinderung beantragt. Ein Bescheid liegt noch nicht vor.
☐ hat am _____ bei der Agentur für Arbeit die Gleichstellung beantragt. Ein Bescheid liegt noch nicht vor.
☐ Konkrete Angaben zum Schwerbehinderten- bzw. Gleichstellungsstatus können nicht gemacht werden. Es besteht voraussichtlich Kündigungsschutz, weil
_____
_____
_____</td><td>Einstellungsdatum:

Das Arbeitsverhältnis ist
☐ unbefristet
☐ befristet bis: _____
(bitte Fotokopie des Arbeitsvertrages beifügen)

Beschäftigt als:

Wochenarbeitszeit (Std.):

Tarifliche Lohn- oder Gehaltsgruppe:

Bruttomonatslohn/-gehalt (EUR):</td></tr>
<tr><td colspan="2">Kündigungsfrist lt. Arbeitsvertrag/Tarifvertrag/Gesetz:

_____ Monate ☐ zum Monatsende ☐ zum 15. des Monats

_____ Wochen ☐ Quartalsende

Ist die <u>ordentliche</u> Kündigung gesetzlich, tarifvertraglich oder arbeitsvertraglich ausgeschlossen (z. B. wegen Zugehörigkeit zum Betriebs-/Personalrat bzw. zur Mitarbeitervertretung, wegen der Eigenschaft als Vertrauensperson bzw. stellvertr. Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen oder wegen der Dauer der Betriebszugehörigkeit und des Lebensalters)?
☐ nein
☐ ja Grund:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Für die Beschäftigung des schwerbehinderten Menschen haben die Agentur für Arbeit, die DRV, die Bundesknappschaft, die Berufsgenossenschaft, die örtliche Fachstelle für behinderte Menschen im Beruf oder das LWL-Inklusionsamt Arbeit innerhalb der letzten 5 Jahre Zuschüsse (z. B. Lohnkostenzuschüsse, Einarbeitungszuschüsse oder Zuschüsse/Darlehen zu den Kosten des Arbeitsplatzes) geleistet:

☐ nein ☐ ja</td></tr>
<tr><td>Art der Leistung:</td><td>Höhe in EUR:</td></tr>
</table>

4. Antragsbegründung

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag eine ausführliche Begründung auf einem gesonderten Blatt bei. Begründen Sie darin bitte detailliert Ihre Kündigungsabsicht und legen Sie dar, ob und ggf. welche betrieblichen Maßnahmen zur Vermeidung der Kündigung bereits unternommen wurden (z. B. Prävention/BEM gemäß § 167 SGB IX).

Im Fall von betriebsbedingten Kündigungen wegen Insolvenz oder wegen wesentlicher Betriebsänderung fügen Sie bitte zusätzlich folgende Unterlagen bei:

- **bei Kündigungen wegen Eröffnung eines Insolvenzverfahrens eine Kopie des Insolvenzeröffnungsbeschlusses**
- **bei Kündigungen wegen einer Betriebsänderung Kopien der Massenentlassungsanzeige gemäß § 17 KSchG und des vereinbarten Interessensausgleichs**

Im Vorfeld der Antragstellung bestand bereits Kontakt zu einer:einem Mitarbeiter:in

□ der örtlichen Fachstelle für behinderte Menschen im Beruf Name: _____

□ des Integrationsfachdienstes Name: _____

□ des LWL-Inklusionsamtes Arbeit Name: _____

Hinweise zur Durchführung des Verfahrens:
Das LWL-Inklusionsamt Arbeit ist gemäß § 20 SGB X verpflichtet, den für die Entscheidung maßgeblichen Sachverhalt zu ermitteln. Vor der Entscheidung ist den Verfahrensbeteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (§ 24 SGB X bzw. § 170 Abs. 2 SGB IX). Hierfür werden den Parteien die Stellungnahmen der jeweils anderen Partei zur Kenntnis gegeben. Die Beteiligten des Verfahrens sollen gemäß § 21 Abs. 2 SGB X bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Lässt sich ein Sachverhalt wegen fehlender Mitwirkung nicht aufklären, geht dies ggf. zu Lasten der nicht mitwirkenden Partei, d. h., dass die Entscheidung zu ihren Ungunsten ausfallen kann.

Die vorstehenden Verfahrenshinweise sowie die beiliegenden Hinweise zum Datenschutz für Arbeitgeber*innen habe ich zur Kenntnis genommen.

_____
Datum, Unterschrift des:der Antragsbefugten

_____
(hier bitte den Namen in Druckbuchstaben eintragen)

Hinweise zum Datenschutz für Arbeitgeber:innen – Antrag auf Zustimmung zur Kündigung

Sie haben beim LWL-Inklusionsamt Arbeit einen Antrag auf Zustimmung zur Kündigung gestellt. Für diesen Antrag werden Daten zu Ihrer Person/Ihrem Unternehmen benötigt.

Alle **Angaben,** die Sie **im Rahmen des Verfahrens gegenüber Mitarbeitenden des LWL-Inklusionsamts Arbeit, der örtlichen Träger des Schwerbehindertenrechts (Fachstelle) oder einer von uns beauftragten Stelle** (z. B. Integrationsfachdienst – IFD) machen, benötigen wir, um den Antrag zu bearbeiten. Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 67 a Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 168 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX).

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, kann dies dazu führen, dass der Antrag abgelehnt wird.

Die eingeholten Daten speichern wir in elektronischer Form und erfassen sie in einer Papierakte. Sie werden zur Ermittlung des Sachverhalts an die örtlichen Fachstellen weitergeleitet. Soweit erforderlich, werden wir Stellen außerhalb des LWL, z. B. den IFD oder Ärzte beauftragen, eine Stellungnahme bzw. ein Gutachten zu erstellen. Diese erhalten dann die erforderlichen Unterlagen und sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Die Verwendung dieser Stellungnahmen und die – ggf. in Auszügen – erforderliche Weitergabe an Sie bedürfen einer vorherigen gesonderten schriftlichen Einverständniserklärung durch die Arbeitnehmerin/den Arbeitnehmer. Sie/er erhält entsprechende Hinweise zum Datenschutz.

Wir speichern Ihre Daten nur, solange wir sie benötigen. Die Daten werden je nach Ausgang des Verfahrens 2 bzw. 3 Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres gelöscht, in dem das Verfahren bestandskräftig abgeschlossen ist. Wurde die Entscheidung des LWL-Inklusionsamts Arbeit angefochten, beläuft sich die Frist auf 5 Jahre (nach Abschluss des Widerspruchsverfahrens) bzw. 20 Jahre (nach Abschluss des Klageverfahrens). Die Frist ergibt sich aus möglichen arbeitsrechtlichen Konsequenzen aus dem Kündigungsschutzverfahren.

Sie haben folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben. Sie können von uns **eine kostenlose Kopie** Ihrer 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.
- 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 eine ggf. gesondert erteilte 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. Er führt nicht dazu, dass die Daten vorzeitig gelöscht werden, wenn sie im Hinblick auf gesetzliche Aufbewahrungsfristen nicht gelöscht werden dürfen.

Wenn Sie Fragen haben, können Sie auf den folgenden Wegen mit uns Kontakt aufnehmen:

per Post: LWL-Inklusionsamt Arbeit
48133 Münster

per Telefon: 0251/591-7629 oder 5827
per Telefax: 0251/591-6598

per E-Mail: inklusionsamt-arbeit@lwl.org

Mit dem **Datenschutzbeauftragten des LWL** können Sie Kontakt aufnehmen:

per Post: Landschaftsverband Westfalen–Lippe
Datenschutzbeauftragter
48133 Münster

per E-Mail: datenschutz@lwl.org

Bei Beschwerden können Sie sich auch an den **Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen (www.ldi.nrw.de)** wenden.

Diese Informationen sind für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte schicken Sie dieses Hinweisblatt nicht an das LWL-Inklusionsamt Arbeit zurück.