

**LWL-Inklusionsamt Arbeit  
48133 Münster**

Betrieb/Dienststelle (Stempel)
--------------------------------

Ort, Datum
------------

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

- ordentlichen fristgerechten Kündigung
- außerordentlichen fristlosen Kündigung
- außerordentlichen fristlosen und ordentlichen fristgerechten Kündigung
- außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslauffrist
- außerordentlichen fristlosen Kündigung und außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslauffrist
- ordentlichen Änderungskündigung
- außerordentlichen Änderungskündigung
- Beendigung des Arbeitsverhältnisses gem. § 175 SGB IX (ohne Kündigung)

der Frau/des Herrn

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

### 1. Angaben zum Beschäftigungsbetrieb

Betriebsname, Rechtsform		
Anschrift des Beschäftigungsbetriebes (Straße, PLZ, Ort):		Telefon: Telefax: E-Mail:
Name der/des zuständigen Personalsachbearbeiters/in:		Telefon (Durchwahl): E-Mail:
Name der gewählten Vertrauensperson der Menschen mit Schwerbehinderung:		Telefon (Durchwahl): E-Mail:
Name der/des Vorsitzenden des Betriebs- oder Personalrates bzw. der Mitarbeitervertretung:		Telefon (Durchwahl): E-Mail:
Aktuelle Anzahl der anrechenbaren Gesamt-Arbeitsplätze im Beschäftigungsbetrieb (§§ 154 ff. SGB IX):	Anzahl der aktuell beschäftigten anrechenbaren Menschen mit Schwerbehinderung und gleichgestellten Menschen (§ 154 SGB IX):	<b>(unbedingt angeben)</b> Ihre Betriebs-Nr. (können Sie bei der Agentur für Arbeit erfragen):
Geltender Tarifvertrag:  betriebliche Wochenarbeitszeit:		

### 2. Angaben zum Hauptbetrieb, nur, wenn dieser vom Beschäftigungsbetrieb abweicht

Anschrift des Hauptbetriebes (Str., PLZ, Ort):		Telefon: Telefax: E-Mail:
Gesamt-Schwerbehindertenvertretung Name:	arbeitet in Betriebsstätte:	Telefon: Telefax: E-Mail:
Gibt es - außer dem Hauptbetrieb und dem Beschäftigungsbetrieb - noch weitere Betriebe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Der Beschäftigungsbetrieb (s. Ziffer 1) ist <input type="checkbox"/> ein selbständiger Betrieb gemäß § 4 BetrVG <input type="checkbox"/> unselbständig		
Gibt es eine tarifvertragliche Regelung oder eine Betriebsvereinbarung nach § 3 Abs. 5 BetrVG?		

### 3. Angaben zum Menschen mit Schwerbehinderung (soweit bekannt)

<p>Frau/Herr _____</p> <p><input type="checkbox"/> ist schwerbehindert, der Grad der Behinderung beträgt _____.</p> <p><input type="checkbox"/> ist den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt, der Grad der Behinderung beträgt _____.</p> <p><input type="checkbox"/> hat am _____ bei _____ die Feststellung der Behinderung bzw. eines höheren Grades der Behinderung beantragt. Ein Bescheid liegt noch nicht vor.</p> <p><input type="checkbox"/> hat am _____ bei der Agentur für Arbeit die Gleichstellung beantragt. Ein Bescheid liegt noch nicht vor.</p> <p><input type="checkbox"/> Konkrete Angaben zum Schwerbehinderten- bzw. Gleichstellungsstatus können nicht gemacht werden. Es besteht voraussichtlich Kündigungsschutz, weil _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Eintritt am:</p> <hr/> <p>Das Arbeitsverhältnis ist</p> <p><input type="checkbox"/> unbefristet</p> <p><input type="checkbox"/> befristet bis: _____</p> <p>(bitte Fotokopie des Arbeitsvertrages beifügen)</p> <hr/> <p>Beschäftigt als:</p> <hr/> <p>Wochenarbeitszeit (Std.):</p> <hr/> <p>Tarifliche Lohn- oder Gehaltsgruppe:</p> <hr/> <p>Bruttomonatslohn/-gehalt (EUR):</p> <hr/>
<p>Kündigungsfrist lt. Arbeitsvertrag/Tarifvertrag/Gesetz:</p> <p>_____ Monate <input type="checkbox"/> zum Monatsende <input type="checkbox"/> zum 15. des Monats</p> <p>_____ Wochen <input type="checkbox"/> Quartalsende</p> <p>Ist die <u>ordentliche</u> Kündigung <i>gesetzlich</i>, <i>tarifvertraglich</i> oder <i>arbeitsvertraglich</i> ausgeschlossen (z.B. wegen Zugehörigkeit zum Betriebs-/ Personalrat/ zur Mitarbeitervertretung oder mit Rücksicht auf die Eigenschaft als Vertrauensperson bzw. stellvertr. Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen oder wegen der Dauer der Betriebszugehörigkeit und des Lebensalters)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja Grund: _____</p>	
<p>Für die Beschäftigung des schwerbehinderten Menschen haben die Agentur für Arbeit, die DRV, die Bundesknappschaft, die Berufsgenossenschaft, die örtliche Fachstelle 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:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	
<p>Art der Leistung:</p>	<p>Höhe in EUR:</p>

#### 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 Interessenausgleichs**

Bei Anträgen auf Zustimmung zur außerordentlichen Kündigung:

Kenntnis vom Kündigungsgrund durch den Kündigungsberechtigten am (Datum) \_\_\_\_\_

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

- der örtlichen Fachstelle Behinderte Menschen im Beruf Name: \_\_\_\_\_
- des Integrationsfachdienstes Name: \_\_\_\_\_
- des LWL-Inklusionsamts Arbeit Name: \_\_\_\_\_

**Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – LWL-Inklusionsamt Arbeit – erforderlich sind und gespeichert sowie verarbeitet werden. Die Hinweise zum Datenschutz für Arbeitgeber\*innen sowie die Hinweise zu den Mitwirkungspflichten gemäß den beigefügten Anlagen habe ich zur Kenntnis genommen.**

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift)

Verteiler:

Kopien des Zustimmungsantrags haben erhalten:

- Arbeitnehmer/in am: \_\_\_\_\_
- Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen am: \_\_\_\_\_
- Betriebsrat/Personalrat/Mitarbeitervertretung am: \_\_\_\_\_
- örtliche Fachstelle behinderte Menschen im Beruf  
der Stadt-/Kreisverwaltung \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

## 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 **vollständigen**, 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:** 0251/591-3575 oder 3562

**per Telefax:** 0251/591-6598

**per E-Mail:** [inklusionsamt-arbeit@lwl.org](mailto:inklusionsamt-arbeit@lwl.org)

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

**per Post:** Landschaftsverband Westfalen–Lippe  
Datenschutzbeauftragter  
48133 Münster

**per Telefon:** 0251/591-3336

**per E-Mail:** [robert.buescher@lwl.org](mailto:robert.buescher@lwl.org)

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

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

**Hinweise zu den Mitwirkungspflichten sowie zur Datenerhebung  
und -weitergabe im Rahmen des besonderen Kündigungsschutzes  
gemäß §§ 168 ff. Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)  
für den Arbeitgeber**

Das LWL-Inklusionsamt Arbeit ist nach § 20 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X) verpflichtet, den für die Entscheidung maßgeblichen Sachverhalt zu ermitteln. Bei der Ermittlung des Sachverhalts sollen die Beteiligten des Verfahrens gem. § 21 Abs. 2 SGB X mitwirken. Sie sollen beispielsweise innerhalb der gesetzten Fristen Angaben zur Person und Sache machen und an der anberaumten Kündigungsschutzverhandlung teilnehmen.

In diesem Rahmen darf das LWL-Inklusionsamt Arbeit nach § 67 SGB X auch Sozialdaten erheben (s. auch Hinweisblatt zum Datenschutz), soweit diese für eine sachgerechte Entscheidung notwendig sind. Grundsätzlich steht es Ihnen frei, Ihrer Mitwirkungsobliegenheit nachzukommen. Allerdings müssen Sie sich die Nachteile zurechnen lassen, die sich aus einer unzureichenden oder unterlassenen Mitwirkung ergeben.

Lässt sich ein Sachverhalt wegen fehlender Mitwirkung trotz aller Ermittlungen des LWL-Inklusionsamts Arbeit nicht aufklären, geht dieses zu Lasten derjenigen Verfahrenspartei, die insoweit darlegungs- und beweispflichtig ist. Das heißt im Ergebnis, dass eine fehlende Mitwirkung zu einer Entscheidung zu Ihren Ungunsten führen kann.

Vor der Entscheidung über den Antrag ist den Verfahrensbeteiligten, zu denen auch Ihr Arbeitnehmer gehört, Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern (§ 24 SGB X). Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Arbeitnehmer Ihre Stellungnahme im Rahmen des zu gewährenden rechtlichen Gehörs zur Kenntnis erhält.

Tatsachen, die das LWL-Inklusionsamt Arbeit aufgrund Ihres fehlenden Einverständnisses nicht offenbaren darf, können deshalb bei der Entscheidung nicht verwertet werden. Dies kann zur Folge haben, dass Ihrem Antrag auf Zustimmung zur Kündigung nicht entsprochen werden kann.

Az. des LWL-Inklusionsamts Arbeit: \_\_\_\_\_

### **Erklärung**

Je nach Kündigungsgrund kann die Notwendigkeit bestehen, Angaben über die betrieblichen und wirtschaftlichen Verhältnisse beim Arbeitgeber / bei der Arbeitgeberin einzuholen. Ich bin damit einverstanden, dass diese der Arbeitnehmerin / dem Arbeitnehmer durch das LWL-Inklusionsamt Arbeit mitgeteilt werden, soweit es für das Verwaltungsverfahren erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Firmenstempel, Unterschrift)