

Fragebogen Beschäftigte/r

zum Antrag des Arbeitgebers auf Zustimmung zur Kündigung

Az. des LWL-Inklusionsamts Arbeit: _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

1. Angaben zur Person

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Geburtsdatum:	Familienstand:
Anzahl und Alter der unterhaltsberechtigten Personen:	
Telefon-Nr. (tagsüber):	
Fax-Nr.:	
E-Mail:	
Name und Anschrift der Rechtsanwältin/des Rechtsanwaltes bzw. der Gewerkschaft, die/der Sie in diesem Verfahren beim LWL-Inklusionsamt Arbeit vertreten soll:	
Falls Sie unter gesetzlicher Betreuung stehen, Name und Anschrift der Betreuerin/des Betreuers:	

2. Angaben zur Behinderung

Bei mir wurde ein Grad der Behinderung von _____ festgestellt.

unbefristet

befristet bis: _____

Art der anerkannten Behinderung/en laut Feststellungsbescheid (*nicht bei betriebsbedingten Kündigungen*):

Bitte Kopie des aktuellen Feststellungsbescheides und des Schwerbehindertenausweises beigefügen!

Widerspruchs- bzw. Klageverfahren ist anhängig.

Ich habe am _____ bei _____ die Feststellung/Neufeststellung einer Schwerbehinderung beantragt. Folgende Behinderungen sollen anerkannt werden (*nicht bei betriebsbedingten Kündigungen*):

Falls Sie einen GdB von mindestens 30 bis unter 50 haben:

Gleichstellung durch die Agentur für Arbeit ist erfolgt am _____
Bitte Kopie des Gleichstellungsbescheides beifügen!

Ich habe am _____ einen Antrag auf Gleichstellung bei der
Agentur für Arbeit _____ gestellt.

Widerspruchs- bzw. Klageverfahren ist anhängig.

Ich habe einen Rentenanspruch gestellt (z. B. Erwerbsminderungs- oder Unfallrente):

nein

wird demnächst gestellt

ja, bei _____

(Rehabilitationsträger und Aktenzeichen)

(*nicht bei betriebsbedingten Kündigungen*)

3. Berufliche Verhältnisse

Beschäftigung beim Arbeitgeber	seit:
	zuletzt ausgeübte Tätigkeit:
	erlernte Berufe:
Für mich geltende weitere Kündigungsschutzvorschriften (z. B. als Vertrauensperson der Schwerbehinderten, als Betriebs- bzw. Personalratsmitglied, während des Mutterschutzes oder aufgrund tarifvertraglicher Regelung):	

4. Stellungnahme zum Sachverhalt

(Bitte entsprechendes Kästchen unbedingt ankreuzen und ggf. begründen.)

<input type="checkbox"/> Aus sachlichen Gründen sehe ich keine Möglichkeit, Einwände zu erheben.
<input type="checkbox"/> Mit der vorgesehenen Kündigung/Beendigung meines Arbeitsverhältnisses bin ich aus den folgenden Gründen nicht einverstanden: (Bitte nehmen Sie auf einem gesonderten Blatt konkret zu den vorgetragenen Kündigungsgründen Stellung und benennen Sie eventuelle Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten.)
<input type="checkbox"/> Eine Stellungnahme wird nachgereicht.

Datum

Unterschrift

Hinweise zum Datenschutz für Arbeitnehmer*innen – Antrag des/der Arbeitgebers*in auf Zustimmung zur Kündigung

Ihr*e Arbeitgeber*in hat beim LWL-Inklusionsamt Arbeit einen Antrag auf Zustimmung zur Kündigung gestellt. Für diesen Antrag werden Daten zu Ihrer Person benötigt.

Alle **Angaben**, die Sie **im Rahmen des Verfahrens gegenüber Mitarbeitenden des LWL-Inklusionsamts Arbeit, des örtlichen Trägers 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 Arbeitgeber/die Arbeitgeberin die Zustimmung zur Kündigung ohne Berücksichtigung Ihrer Einwände erhält. Die von Ihnen gemachten Angaben 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 den Arbeitgeber/die Arbeitgeberin bedürfen einer vorherigen gesonderten schriftlichen Einverständniserklärung durch Sie.

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.

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

- 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: 0251/591-3575 oder 3562

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 Telefon: 0251/591-3336

per E-Mail: robert.buescher@lwl.org

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

**Hinweise zu den Mitwirkungspflichten sowie zur Datenerhebung
und –weitergabe im Rahmen des besonderen Kündigungsschutzes
gemäß §§ 168 ff. Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)
für den Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin**

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, soweit angefordert, die Entbindungserklärung bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht abgeben und an der anberaumten Kündigungsschutzverhandlung teilnehmen.

In diesem Rahmen darf das LWL-Inklusionsamt Arbeit nach § 67 SGB X auch Sozial- und Gesundheitsdaten erheben, 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.

Ihre persönlichen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Verhältnisse stellen personenbezogene Daten dar, die dem Datenschutz des Sozialgesetzbuches unterliegen (s. auch Hinweisblatt zum Datenschutz). Die Beantwortung der Fragen über Ihre persönlichen, wirtschaftlichen und vor allem gesundheitlichen Verhältnisse einschließlich der Art und des Grades der Behinderungen und Ihr Einverständnis mit der Datenweitergabe sind erforderlich, damit über den Antrag Ihres Arbeitgebers auf Zustimmung zur Kündigung sachgerecht entschieden werden kann.

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

Tatsachen, die das LWL-Inklusionsamt Arbeit Ihrem Arbeitgeber aufgrund Ihres Widerspruchs nicht offenbaren darf, können deshalb bei der Entscheidung nicht verwertet werden. Dies kann zur Folge haben, dass dem Antrag Ihres Arbeitgebers auf Zustimmung zur Kündigung aufgrund der übrigen, verwertbaren Tatsachen stattgegeben werden muss.

Az. des LWL-Inklusionsamts Arbeit: _____

Erklärung

Die von mir gemachten Angaben über meine persönlichen und gesundheitlichen Verhältnisse dürfen durch das LWL-Inklusionsamt Arbeit dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin mitgeteilt werden, soweit dies für das Verwaltungsverfahren erforderlich ist. Zu den Gesundheitsdaten gehören die wesentlichen Ergebnisse der ärztlichen Feststellungen und somit die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die arbeitsvertraglich geschuldeten Tätigkeiten, nicht jedoch Krankheits- und Befundberichte.

Ich nehme zur Kenntnis,

- dass mir die Einwilligung frei steht
- dass im Falle einer nicht erteilten Einwilligung die in den vorstehenden und von mir zur Kenntnis genommenen Hinweisen genannten Rechtsfolgen eintreten können und
- dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Darüber hinaus habe ich die Hinweise zum Datenschutz für Arbeitnehmer*innen zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden.

- ja
- nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift)