Kreis Dithmarschen

Dithmarschen
Wat anners

Hinweise zum Antrag auf Zustimmung zur Kündigung

(für Ihre Unterlagen – bitte nicht zurücksenden)

1.) Folgende Unterlagen sind diesem Antragsvordruck beizufügen, sofern diese vorhanden sind:

- Kopie des Arbeitsvertrages (oder sofern nur mündlich geschlossener Arbeitsvertrages bitte die Niederschrift über die wesentlichen Inhalte des Arbeitsverhältnisses nach dem Nachweisgesetz einreichen)
- Kopie des Feststellungsbescheides des Landesamtes für soziale Dienste
- Kopie des Schwerbehindertenausweises (sofern Grad der Behinderung von 50 oder mehr)
- Nachweis über die erfolgte Gleichstellung der Bundesagentur für Arbeit (sofern Grad der Behinderung von 30 oder 40)

2.) In Schleswig-Holstein sind die Kreise und kreisfreien Städte als örtliche Fürsorgestellen für die Durchführung des Kündigungsschutzes zuständig. Das Kündigungsschutzverfahren wird von der Fürsorgestelle durchgeführt, die für den Sitz des Betriebes oder der Dienststelle zuständig ist. Die Fürsorgestelle des Kreises Dithmarschen ist aufgrund eines öffentlich-rechtlichen Kooperationsvertrages für den Kündigungsschutz der Kreise Dithmarschen und Steinburg zuständig. Der Begriff des Betriebes bzw. der Dienststelle richtet sich nach §§ 1-4 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG).

3.) Gem. § 171 Abs. 1 SGB IX soll die Fürsorgestelle die Entscheidung, falls erforderlich, aufgrund einer mündlichen Verhandlung, innerhalb eines Monats vom Tage des Eingangs des Antrags an treffen. Im Falle einer außerordentlichen Kündigung ist die Entscheidung innerhalb von 2 Wochen zu treffen. Wird die Entscheidung nicht binnen 2 Wochen getroffen, gilt die Zustimmung als erteilt und die Kündigung darf ausgesprochen werden.

4.) Vor einer Entscheidung ist der schwerbehinderte Mensch zu dem Antrag auf Zustimmung zur Kündigung anzuhören (§ 170 Abs. 2 SGB IX). Der schwerbehinderte Mensch kann sich durch einen Bevollmächtigten (z.B. Rechtsanwalt, Gewerkschaft, Behindertenverband) in dem Verfahren vertreten lassen. Die Anhörung erfolgt durch Übersendung einer Kopie Ihres Antrages an den schwerbehinderten Menschen.

5.) Neben der Anhörung des schwerbehinderten Menschen selbst, holt die Fürsorgestelle eine Stellungnahme unter Beifügung Ihres Antrags beim zuständigen Betriebs- bzw. Personalrat und der Schwerbehindertenvertretung ein, sofern vorhanden. Eine von diesen Vertretungen an den Arbeitgebenden gerichtete Stellungnahme (z.B. nach dem BetrVG oder ähnlicher Regelung gegenüber dem Arbeitgeber abgegebene Stellungnahme) entspricht nicht den Erfordernissen. Die nach § 170 Abs. 2 SGB IX geforderten Stellungnahmen müssen mit Datum des Antrages oder danach gegenüber der Fürsorgestelle abgegeben werden.

6.) Gem. § 170 Abs. 3 SGB IX wirkt die Fürsorgestelle in jeder Lage des Verfahrens auf eine gütliche Einigung hin. Werden seitens des schwerbehinderten Menschen Einwände gegen die Zustimmung erhoben, wird, falls erforderlich, eine mündliche Verhandlung mit allen Beteiligten in der Regel beim Arbeitgebenden durchgeführt.

7.) Die Einholung von Gutachten (z.B. medizinische Stellungnahmen) sind je nach Einzelfall möglich.

8.) Bitte alle Fragen genau beantworten. Dadurch werden Rückfragen und Verzögerungen vermieden. Die Gründe für die Entlassung des schwerbehinderten Menschen sind ausführlich und schlüssig darzulegen sowie ggf. mit Nachweisen zu untermauern.

9.) Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Kündigung eines schwerbehinderten Menschen der vorherigen Zustimmung der Fürsorgestelle bedarf (§ 168 SGB IX). Erst wenn die Zustimmung beim Arbeitgebenden vorliegt, kann die Kündigung erklärt werden. Hierfür ist die Schriftform vorgeschrieben. Die nachträgliche Zustimmung zu einer bereits erklärten Kündigung ist nicht möglich.

Kreis Dithmarschen
-Der Landrat-
Fachdienst Soziale Teilhabe
Fürsorgestelle
Röntgenstr. 2
25541 Brunsbüttel

Kündigungsschutz nach den §§ 168 ff. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Hiermit wird die Zustimmung zur

☐ ordentlichen (fristgemäßen) Kündigung ☐ außerordentlichen (fristlosen) Kündigung

☐ außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslauffrist

☐ ordentlichen Änderungskündigung ☐ außerordentlichen Änderungskündigung

☐ außerordentlichen Änderungskündigung mit sozialer Auslauffrist

☐ Beendigung gem. § 175 SGB IX

des Arbeitsverhältnisses mit dem schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Menschen:

Name, Vorname	

beantragt.

1. Angaben zum Arbeitgebenden:		
Betriebsname, Rechtsform, Straße, Ort		
Wirtschaftszweig		
Ansprechpartner*in bei Rückfragen zu diesem Zustimmungsantrag		
	E-Mail:	Tel.
Inklusionsbeauftragte*r des Arbeitgebenden (§ 181 SGB IX)		
	abweichende Anschrift	Tel.
Schwerbehindertenvertretung ☐ *Nicht vorhanden*		
	abweichende Anschrift	Tel.
Personal-/Betriebsratsvorsitzende*r ☐ *Nicht vorhanden*		
	abweichende Anschrift	Tel.
Betriebsarzt		
	E-Mail:	Tel.
Betriebs-Nr. bei der Agentur für Arbeit		

Beschäftigte insgesamt: _____ davon schwerbehindert bzw. gleichgestellt: _____ = _____ % der Beschäftigten

☐	Der Arbeitgebende verfügt nur über diese eine Betriebsstätte (s. Angaben zu 1.1 und 1.2).
☐	Der Arbeitgebende verfügt über mehrere Betriebsstätten. Der schwerbehinderte bzw. gleichgestellte Mensch arbeitet in der Betriebsstätte:

Name, Straße, Ort		
Personalsachbearbeiter*in (Ansprechpartner*in)		
	abweichende Anschrift	Tel.
Schwerbehindertenvertretung ☐ *Nicht vorhanden*		
	abweichende Anschrift	Tel.
Personal-/Betriebsratsvorsitzende*r ☐ *Nicht vorhanden*		
	abweichende Anschrift	Tel.
Zahl der Arbeitsplätze		
Betriebsarzt		
	E-Mail	Tel.
Betriebs-Nr. bei der Agentur für Arbeit		

2. Angaben zum schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Menschen:	
Name, Vorname	
Anschrift	
Rechtliche Betreuung oder Vertretung	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Anzahl unterhaltsberechtigter Kinder	
Telefonische Erreichbarkeit	
Krankenkasse	
Erlernter Beruf	

2.1 Angaben zur Behinderung:	
☐ Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	☐ nachgewiesen durch Bescheid/ Ausweis vom _____ ausgestellt durch Landesamt für soziale Dienste _____ Az.: _____ gültig bis: _____ Grad der Behinderung (GdB) _____ ☐ Schwerbehinderung ist offensichtlich (bitte auf gesondertem Blatt begründen)
☐ Gleichstellung (§ 2 Abs. 3 SGB IX)	durch Agentur für Arbeit _____ Bescheid vom _____ Az.: _____
☐ kein gültiger Nachweis	Antrag gem. § 152 SGB IX gestellt beim Landesamt für soziale Dienste: _____ am _____ Az.: _____

3. Angaben zum Arbeitsverhältnis:			
beschäftigt seit			
unbefristetes Arbeitsverhältnis	☐ ja	☐ nein, befristet bis _____	
wöchentliche Arbeitszeit	_____ Std. in	☐ Vollzeit	☐ Teilzeit
monatliches Bruttoentgelt			
Die Einstellung bzw. der Arbeitsplatz wurde/wird mit öffentlichen Mitteln gefördert	☐ nein	☐ ja, durch _____	
zur Zeit ausgeübte Tätigkeit (Kurzbeschreibung)			
geltender Tarifvertrag			
ordentliche Kündigung ausgeschlossen durch Tarifvertrag	☐ ja	☐ nein	
Kündigungsfrist			
Kündigung soll erfolgen	am _____ zum _____		

4. Allgemeine Angaben zum Sachverhalt:	ja	nein	entfällt (da nicht vorhanden)
Wurden Maßnahmen der Prävention (§ 167 SGB IX) durchgeführt?	☐	☐	
Ist die Schwerbehindertenvertretung über den Sachverhalt rechtzeitig und umfassend unterrichtet und vor der Antragstellung gehört worden?	☐	☐	☐
Sind der Betriebsrat bzw. Personalrat über den Sachverhalt informiert worden?	☐	☐	☐
Ist mit den Interessenvertretungen geprüft worden, ob für den schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Menschen ein anderer geeigneter Arbeitsplatz vorhanden ist, evtl. nach Anpassung des Arbeitsplatzes an die Behinderung durch eine behinderungsgerechte Ausstattung?	☐	☐	☐
Soll der Arbeitsplatz des schwerbehinderten bzw. gleichgestellten Menschen wegfallen?	☐	☐	
Ist die Möglichkeit der Einarbeitung/ Umschulung/ Ausbildung im Betrieb zur Vermeidung der Entlassung geprüft worden?	☐	☐	
Wurde der Integrationsfachdienst bereits eingeschaltet?	☐	☐	

4.11 Nur auszufüllen bei vollständiger Betriebsschließung: (gem. § 172 (1) S. 1 SGB IX i. V. m. § 171 (5) SGB IX)	☐ entfällt ja	nein
Der Betrieb oder die Dienststelle wurde bereits geschlossen. (bitte Gewerbeabmeldung oder Handelsregisterauszug beifügen).	☐	☐
Der Betrieb oder die Dienststelle wird zukünftig nicht nur vorübergehend geschlossen (bitte Nachweis beifügen, z.B. Gesellschafterbeschluss, Organisationsverfügung)	☐	☐
Stilllegungszeitpunkt:		
Der Betrieb geht/ging zum auf über.		
Wird nach Zugang der geplanten Kündigung das Arbeitsentgelt noch für min. drei Monate weitergezahlt?	☐	☐
Bestehen Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten in einem anderen Ihrer Betriebe/Dienststellen? Falls nein lautet die Begründung:	☐	☐
Ist der zu kündigenden Person ein anderer angemessener und zumutbarer Arbeitsplatz gesichert?	☐	☐
Gibt es einen Interessenausgleich / Sozialplan?	☐	☐

4.12 Nur auszufüllen bei wesentlicher Betriebseinschränkung: (gem. § 172 (1) S. 2)	☐ entfällt ja	nein
Der Betrieb oder die Dienststelle wurde bereits nicht nur vorübergehend wesentlich eingeschränkt. Die Begründung lautet: (bitte Nachweise beifügen, z.B. Gesellschafterbeschluss, Organisationsverfügung)	☐	☐
Der Betrieb oder die Dienststelle wurde wird zukünftig nicht nur vorübergehend wesentlich eingeschränkt. Die Begründung lautet: (bitte Nachweise beifügen, z.B. Gesellschafterbeschluss, Organisationsverfügung)	☐	☐
Wird nach Zugang der geplanten Kündigung das Arbeitsentgelt noch für min. drei Monate weitergezahlt?	☐	☐
Bestehen Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten in einem anderen Ihrer Betriebe/Dienststellen?	☐	☐
Gibt es einen Interessenausgleich / Sozialplan? (bitte Kopie beifügen)	☐	☐

4.13 Nur auszufüllen bei Insolvenzverfahren: (gem. § 172 (3) SGB IX i. V. m. § 171 (5) SGB IX)	☐ entfällt ja	nein
Das Insolvenzverfahren wurde zu folgendem Datum eröffnet: (bitte Eröffnungsbeschluss beifügen)		
Ist der/die Betroffene gem. § 125 InsO in einem Interessenausgleich namentlich als eine/r der zu kündigenden Mitarbeiter*innen aufgeführt? (bitte geschwärzte Namensliste beifügen)	☐	☐
Wurde die Schwerbehindertenvertretung am Zustandekommen des Interessenausgleichs (und ggf. Sozialplan) gem. § 178 Abs. 2 SGB IX beteiligt? (bitte Kopie beifügen)	☐	☐
Mitarbeiterzahlen: • Der Interessenausgleich sieht die Kündigung von Mitarbeiter*innen vor, davon sind schwerbehindert oder gleichgestellt. • Insgesamt haben wir derzeit Beschäftigte, davon sind schwerbehindert oder gleichgestellt.		

4.2 Nur auszufüllen bei krankheits- bzw. personenbedingten Kündigungsgründen:	☐ entfällt ja	nein
Soll die Kündigung aufgrund von Fehlzeiten ausgesprochen werden? Falls ja, bitte Aufstellung der letzten 3 Jahre einreichen (inkl. Gründen wie z.B.: Reha, Arbeitsunfall).	☐	☐
Wurde der Betriebsarzt bereits beteiligt? (Ggf. Stellungnahme einreichen)	☐	☐
Liegen Ihnen sonstige ärztliche Unterlagen vor? (Ggf. bitte einreichen)	☐	☐
Liegen betriebliche Beeinträchtigungen vor? Falls ja, welche:	☐	☐
Wurde ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 167 Abs. 2 SGB IX durchgeführt? (Ggf. Bericht einreichen) Falls ja, mit welchem Ergebnis:	☐	☐

4.3 Nur auszufüllen bei verhaltensbedingten Kündigungsgründen:	☐ entfällt ja	nein
Haben Sie aus vergleichbaren Gründen bereits eine Abmahnung ausgesprochen? (Ggf. bitte einreichen)	☐	☐
Liegen Ihnen Nachweise für das Fehlverhalten vor? (Ggf. bitte einreichen)	☐	☐

4.4 Nur auszufüllen bei außerordentlicher Kündigung:	☐ entfällt
Datum des kündigungsrelevanten Vorfalls	
Wann haben Sie sichere Kenntnis über den Kündigungsgrund erlangt?	
Wann wurde der schwerbehinderte Beschäftigte zu dem Vorfall gehört?	

5. Begründung des Zustimmungsantrages (wenn nötig, auf gesondertem Blatt erläutern). Hinweise: Bitte legen Sie Ihre Kündigungsgründe im Einzelnen konkret dar. Vermeiden Sie dabei allgemeine Angaben. Belegen Sie Ihre Kündigungsgründe ggf. durch Vorlage geeigneter Unterlagen. Geben Sie bitte an, was Sie bereits unternommen haben, um die Kündigung zu vermeiden (z.B. Präventionsverfahren nach § 167 Abs. 1 SGB IX, Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 167 Abs. 2 SGB IX, Einschaltung des Integrationsfachdienstes).

☐ Die nachstehenden Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Handlungsbevollmächtigten)

Kreis Dithmarschen

Dithmarschen
Wat anners

Hinweise zum Datenschutz

(für Ihre Unterlagen – bitte nicht zurücksenden)

1.) Für dieses Formular und das Verfahren ist der Kreis Dithmarschen verantwortlich. Die Angaben, die Sie in diesem Formular sowie im Rahmen des weiteren Verfahrens gegenüber der Fürsorgestelle/Integrationsamt) und einer beauftragten Stelle (z.B. Integrationsfachdienst) machen, werden benötigt, 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.

2.) Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, muss Ihr Antrag gegebenenfalls abgelehnt werden. Die von Ihnen gemachten Angaben werden in elektronischer Form gespeichert. Gegebenenfalls werden der Integrationsfachdienst oder Ärzte außerhalb des Kreises Dithmarschen beauftragt, ein Gutachten bzw. einen Bericht zu erstellen. Der Arzt bzw. der Integrationsfachdienst erhält dann die erforderlichen Unterlagen und ist zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

3.) Ihre Daten werden nur solange gespeichert, wie sie benötigt werden. Die Daten werden daher zwei Jahre nach Eintritt eines der folgenden Ereignisse gelöscht: bestandskräftige Entscheidung oder anderweitige Erledigung des Antrags.

4.) Sie können verlangen:

- Auskunft über Ihre Daten zu bekommen, die gespeichert worden sind.
- eine kostenlose Kopie dieser Daten zu bekommen.
- Ihre Daten zu berichtigen, wenn sie unrichtig sind oder diese zu vervollständigen, wenn sie unvollständig sind.
- Ihre Daten zu löschen, wenn sie nicht mehr benötigt werden. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- 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.

5.) 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.

6.) Zur Bearbeitung Ihres Antrags werden andere Personen und Stellen um Übermittlung von Daten bzw. Stellungnahme gebeten. Es werden die/der Beschäftigte, der Personal- bzw. Betriebsrat und die Schwerbehindertenvertretung, die Sie im Antrag angegeben haben, sowie ggf. der Integrationsfachdienst angeschrieben.

7.) Sie können auf den folgenden Wegen Kontakt zur Fürsorgestelle aufnehmen:

- per Post: Kreis Dithmarschen, FD Soziale Teilhabe, Röntgenstr. 2, 25541 Brunsbüttel
- per Telefon: 0481 / 97-1335
- per Telefax: 0481 / 9722-1335
- per E-Mail: fuersorgestelle@dithmarschen.de

8.) Mit dem behördlichen Datenschutzbeauftragten des Kreises Dithmarschen können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

- per Post: datenschutz nord GmbH, Frau Jennifer Jähn-Nguyen, Sechslingspforte 2, 22807 Hamburg
- per Telefon: 040 / 5936 160 412
- per Telefax: 040 / 5936 160 411
- per E-Mail: dithmarschen@datenschutz-nord.de

9.) Bei Beschwerden können Sie sich auch an das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein wenden:

- per Post: Landesbeauftragte für Datenschutz Schleswig- Holstein, Holstenstraße 98, 24103 Kiel
- per Telefon: 0431 / 988-1207
- per Telefax: 0431 / 988-1223
- per E-Mail: mail@datenschutzzentrum.de