Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Inklusionsamt
Sächsische Str. 28
10707 Berlin

BERLIN

Antrag auf Zustimmung gem. §§ 168 ff Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) zur

Bitte wählen

Weiter wird beantragt:

Bitte wählen

1. Angaben zur Person

Anrede Bitte wählen

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Grad der Behinderung und ggf. Merkzeichen: _____

Ist Ihnen bekannt, dass ein Antrag auf (Neu-) Feststellung der Schwerbehinderung gestellt wurde?

☐ Ja ☐ Nein

Ist Ihnen bekannt, dass Gleichstellung bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt wurde?

☐ Ja ☐ Nein

Angaben zum Beschäftigungsverhältnisses:

Die Person ist bei Ihnen beschäftigt seit: _____

Die Person ist bei Ihnen beschäftigt als: _____

Bruttogehalt pro Monat: _____ EURO

2. Angaben zum Unternehmen/ Behörde:

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Ansprechperson: _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Anzahl der Arbeitsplätze im Gesamtunternehmen/ Behörde: _____
(ohne Auszubildende, geringfügig Beschäftigte und entliehene Beschäftigte)

Anzahl der mit schwerbehinderten/ gleichgestellten Menschen
besetzten Arbeitsplätze im Gesamtunternehmen /Behörde: _____

Betriebsstätte, in welcher die betroffene Person beschäftigt ist:

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Anzahl der in der Betriebsstätte Beschäftigten: _____

Handelt es sich um eine selbständige Betriebsstätte i. S. d. §§ 1 und 4 BetrVG?

☐ Ja ☐ Nein

3. Angaben zur Arbeitnehmendenvertretung im Gesamtunternehmen/ Behörde

Vorsitzende(r) des Betriebsrats/Personalrats/ der Mitarbeitervertretung:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon /Fax: _____

E-Mail: _____

Schwerbehindertenvertretung:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon /Fax: _____

E-Mail: _____

4. Ergänzende Angaben

Kündigungsfrist: _____

Geltender Tarifvertrag: _____

Werden außer der betroffenen Person noch weitere Beschäftigte gekündigt?

☐ Ja, insgesamt: _____ ☐ Nein

Die Einstellung bzw. der Arbeitsplatz der betroffenen Person wurde/ wird mit öffentlichen Mitteln (z.B. Integrationsamt, Agentur für Arbeit) gefördert?

☐ Ja ☐ Nein

Ist die Schwerbehindertenvertretung vor der Antragstellung zum Sachverhalt angehört worden?

☐ Ja ☐ Nein

Wurde ein Verfahren i. S. d. § 167 SGB IX (Prävention/ BEM) durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

5. Antragsbegründung

Ich weise darauf hin, dass im Rahmen der Anhörung die von Ihnen eingereichten Unterlagen an die betroffene Person, die Sie beabsichtigen zu kündigen sowie, wenn vorhanden, an die Beschäftigtenvertretungen weitergeleitet werden, dass diese zum Sachverhalt Stellung nehmen können.

6. Datenschutz

☐ Die anliegende Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen

Ort, Datum

Unterschrift Handlungsbevollmächtigte(r) / Stempel