

Az. des Integrationsamtes: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zum Kündigungsschutzverfahren (§§ 168 - 175 SGB IX)

### I. Angaben zur Person

<b>Name, Vorname ggf. Geburtsname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Wohnanschrift</b> (Straße, Hausnummer, Postleitzahl Wohnort)	
<b>Telefonnummer</b> <b>Faxnummer</b>	Tel.: Fax.:
<b>Bevollmächtigter, Pfleger, gesetzl. Vertreter usw.</b> (bitte Name und Anschrift ggf. Telefon angeben)	
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Anzahl und Alter der Kinder, die noch überwiegend unterhalten werden</b>	_____                      _____ Anzahl                      Alter der Kinder

### II. Berufliche und wirtschaftliche Verhältnisse

Seit wann sind Sie bei Ihrem derzeitigen Arbeitgeber beschäftigt?	seit _____
Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?	
Seit wann üben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit aus?	seit _____
Welchen Beruf haben Sie erlernt bzw. welche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?	
In welcher Lohnform arbeiten Sie?	<input type="checkbox"/> Akkordlohn <input type="checkbox"/> Zeitlohn <input type="checkbox"/> Prämienlohn <input type="checkbox"/> Festgehalt
Wie hoch ist Ihr mtl. Nettoeinkommen?	_____ €
In welcher Lohn- bzw. Gehaltsgruppe sind Sie eingestuft?	
Haben Sie sonstige monatliche Einkünfte? (z. B. Rente, Leistungen der Berufsgenossenschaft)	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, durch _____ in Höhe von _____ € mtl.	

**III. Angaben zur Schwerbehinderung****a) Ist Ihre Behinderung bereits anerkannt?**1.  nein, dann bitte weiter unter **b)**2.  ja, durch Bescheid des Versorgungsamtes \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_*(Bitte Bescheid in Kopie beifügen)*

Grad der Behinderung (GdB)

Schwerbehindertenausweis

 nein  ja, gültig bis \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

*(Bei GdB unter 50 bitte **b)** 2. beantworten)*

Art der anerkannten Behinderung laut Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes

3. Gleichstellung durch die Agentur für Arbeit \_\_\_\_\_ ist erfolgt am \_\_\_\_\_

*(Bitte Bescheid in Kopie beifügen)***b) Wenn Ihre Behinderung noch nicht anerkannt ist:**

1. Haben Sie einen Antrag beim Versorgungsamt gestellt?

 nein  ja, am \_\_\_\_\_ beim Versorgungsamt \_\_\_\_\_

Welche Behinderungen sollen anerkannt werden?

2. Haben Sie einen Antrag auf Gleichstellung bei der Agentur für Arbeit gestellt?

 nein  ja, am \_\_\_\_\_ bei der Agentur für Arbeit \_\_\_\_\_**c) Ist Ihre anerkannte Behinderung/ Teile Ihrer Behinderung auf einen Arbeitsunfall zurückzuführen oder ist die bei Ihnen anerkannte Behinderung durch Ihre Tätigkeit entstanden?****d) Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt? (z. B. EU-/BU-/Unfallrente)** nein**Bitte Versicherungsträger und Aktenzeichen angeben** ja, bei wird demnächst gestellt**e) Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen der bei Ihnen anerkannten Behinderung und den vorgetragenen Kündigungsgründen?** nein ja, weil

**IV. Stellungnahme zum Kündigungsgrund**

(Bitte entsprechendes Kästchen unbedingt ankreuzen und ggf. begründen)

- Die vom Arbeitgeber vorgetragene(n) Kündigungs-/ Beendigungsgründe treffen zu. Einwände können von mir nicht erhoben werden.**
- Die vom Arbeitgeber vorgetragene(n) Kündigungs-/ Beendigungsgründe treffen nicht zu, weil.....**  
(Bitte nehmen Sie konkret zu den vorgetragenen Kündigungsgründen Stellung!)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Hinweis:**

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Arbeitgeber die Stellungnahme im Rahmen des zu gewährenden rechtlichen Gehörs zur Kenntnis erhält, sofern Einwände gegen die Zustimmung erhoben werden (§ 24 Sozialgesetzbuch X - Verwaltungsverfahren - SGB X ).