**Antrag auf Zustimmung zu einer künftigen Kündigung eines/einer begünstigt behinderten Dienstnehmer/s/in**

**Antrag auf nachträgliche Zustimmung zu einer bereits ausgesprochenen Kündigung eines/einer begünstigt behinderten Dienstnehmer/s/in**

**Antrag auf Zustimmung zur Änderungskündigung eines/einer begünstigt behinderten Dienstnehmer/s/in**

**Hinweise!**

**1. Der Antrag auf nachträgliche Zustimmung zur bereits ausgesprochenen Kündigung beinhaltet automatisch den Antrag auf Zustimmung zu einer künftig auszusprechenden Kündigung.**

**2. Der/Die Dienstgeber/in ist verpflichtet, vor Einleitung eines Kündigungsverfahrens gemäß § 8 BEinstG den Betriebsrat und die Behindertenvertrauensperson (sofern vorliegend) zu verständigen, welche innerhalb einer Woche hiezu Stellung nehmen können.**

**Angaben zum/zur Dienstgeber/in**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNTERNEHMENSWORTLAUT LT. FIRMENBUCH** | | | | |
| **ADRESSE (PLZ, ORT, STRASSE, NUMMER)** | | | | |
| **UNTERNEHMENSGEGENSTAND** | | | | |
| **REDUZIERUNG VON ARBEITSPLÄTZEN / BETRIEBSEINSTELLUNG AUFGRUND WIRTSCHAFTLICHER GRÜNDE**  **ja  nein** | | | | |
| **ANZAHL ALLER BESCHÄFTIGTEN DIENSTNEHMER UND DIENSTNEHMERINNEN** | | | | **ANZAHL DER FILIALEN, NIEDERLASSUNGEN, FIRMENSITZE IN ÖSTERREICH** |
| **IN ÖSTERREICH** | **AM DIENSTORT DES/DER DIENSTNEHMER/S/IN** | **IN DER ABTEILUNG DES/DER DIENSTNEHMER/S/IN** | **DIE BEGÜNSTIGT BEHINDERT SIND** |
|  |  |  |  |  |
| **FÜR DIESES KÜNDIGUNGSVERFAHREN BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON DES UNTERNEHMENS**    **LADUNGSFÄHIGE ADRESSE (NUR FALLS SIE VON DER OBEN ANGEGEBENEN UNTERNEHMENSADRESSE ABWEICHT)** | | | | |
| **FÜR DIESES KÜNDIGUNGSVERFAHREN BEVOLLMÄCHTIGTE BERUFSMÄSSIGE PARTEIENVERTRETUNG (BEZEICHNUNG DER INSTITUTION, NAME DER ANWALTSKANZLEI)**    **ANSPRECHPERSON (ZB NAME DES ANWALTS/DER ANWÄLTIN)**    **ADRESSE (PLZ, ORT, STRASSE, NUMMER)** | | | | |

**Angaben zum/zur Dienstnehmer/in**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AKADEMISCHER GRAD, VORNAME, ZUNAME** | | |
| **SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER (ZEHNSTELLIG)** | | |
| **ADRESSE (PLZ, ORT, STRASSE, NUMMER)** | | |
| **UNUNTERBROCHEN BEIM/BEI DER DIENSTGEBER/IN BESCHÄFTIGT SEIT** | | **SAISONALES DIENSTVERHÄLTNIS?**  **Ja  Nein** |
| **AKTUELLER DIENSTORT DES/DER DIENSTNEHMER/S/IN (PLZ, ORT)** | | |
| **(DURCHSCHNITTLICHE) ENTLOHNUNG BRUTTO PRO MONAT**  **€** | | |
| **BESCHÄFTIGUNGSAUSMASS**  **Wochenstunden** | | |
| **IST FÜR DEN/DIE DIENSTNEHMER/IN EIN/E ERWACHSENENVERTRETER/IN BESTELLT?**  **Ja  Nein**  **WENN JA:**  **NAME DES/DER ERWACHSENENVERTRETER/S/IN?**    **ADRESSE (PLZ, ORT, STRASSE, NUMMER) DES/DER ERWACHSENENVERTRETER/S/IN?** | | |
| **IST DER/DIE DIENSTNEHMER/IN BLIND?**  **Ja  Nein** | **IST DER/DIE DIENSTNEHMER/IN GEHÖRLOS?**  **Ja  Nein** | |
| **TÄTIGKEIT DES/DER DIENSTNEHMER/S/IN** | | |
| **IST DER/DIE DIENSTNEHMER/IN DERZEIT ALS MITGLIED DES BETRIEBSRATES ODER ALS BEHINDERTENVERTRAUENSPERSON TÄTIG?**  **Ja  Nein** | | |

**Kündigung**

|  |  |
| --- | --- |
| **WURDE DEM/DER DIENSTNEHMER/IN DIE KÜNDIGUNG BEREITS AUSGESPROCHEN?**  **Ja, schriftlich  Ja, mündlich  Nein** | **WENN JA: WANN?** |
| **WENN JA: WAR DEM/DER DIENSTGEBER/IN BEI AUSSPRUCH DER KÜNDIGUNG BEKANNT, DASS DER/DIE DIENSTNEHMER/IN BEGÜNSTIGT BEHINDERT IST?**  **Ja  Nein** | |
| **GRÜNDE FÜR DIE KÜNDIGUNG** | |

**Betriebsrat**

|  |
| --- |
| **IST FÜR DAS UNTERNEHMEN EIN BETRIEBSRAT EINGERICHTET?**  **Ja  Nein** |
| **WENN JA:**  **NAME DES/DER VORSITZENDEN DES FÜR DEN/DIE DIENSTNEHMER/IN ZUSTÄNDIGEN BETRIEBSRATES** |
| **Erklärung: Ich wurde vom/von der Dienstgeber/in über dessen/deren Absicht, beim Behindertenausschuss für Oberösterreich einen Antrag auf Zustimmung zur Kündigung des/der in diesem Antragsformblatt genannten Dienstnehmer/s/in zu stellen, informiert. Mir ist bekannt, dass ich hiezu Stellung nehmen kann.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ORT, DATUM UNTERSCHRIFT DES/DER VORSITZENDEN DES**  **FÜR DEN/DIE DIENSTNEHMER/IN ZUSTÄNDIGEN**  **BETRIEBSRATES** |

**Behindertenvertrauensperson (Stellvertreter)**

|  |
| --- |
| **IST FÜR DAS UNTERNEHMEN EINE BEHINDERTENVERTRAUENSPERSON EINGERICHTET?**  **Ja  Nein** |
| **WENN JA:**  **NAME DER FÜR DEN/DIE DIENSTNEHMER/IN ZUSTÄNDIGEN BEHINDERTENVERTRAUENSPERSON** |
| **Erklärung: Ich wurde vom/von der Dienstgeber/in über dessen/deren Absicht, beim Behindertenausschuss für Oberösterreich einen Antrag auf Zustimmung zur Kündigung des/der in diesem Antragsformblatt genannten Dienstnehmer/s/in zu stellen, informiert. Mir ist bekannt, dass ich hiezu Stellung nehmen kann.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ORT, DATUM UNTERSCHRIFT DER FÜR DEN/DIE DIENSTNEHMER/IN**  **ZUSTÄNDIGEN BEHINDERTENVERTRAUENSPERSON** |

**Dem vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formblatt jedenfalls in Kopie beizulegen sind:**

1. **Aktueller Dienstvertrag des/der Dienstnehmer/s/in**
2. **wenn die Kündigung schriftlich ausgesprochen wurde: Das Kündigungsschreiben an den/die Dienstnehmer/in**
3. **Bei Betrieben ab 25 Beschäftigten: Eine Grafik über die Struktur des Unternehmens und der Abteilungen (Organigramm)**
4. **Gegebenenfalls: Adressen aller Niederlassungen in Österreich**
5. **bei Änderungskündigung: Der zu genehmigende, neue Dienstvertrag des/der Dienstnehmer/s/in**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ORT, DATUM FIRMENMÄSSIGE ZEICHNUNG**

**DIESER ANTRAG IST EINZUBRINGEN BEIM**

**bundesamt für soziales und behindertenwesen, landesstelle OBerösterreich**

**GRUBERSTRAßE 63**

**4020 LINZ**