**[ ]  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**