



Genauere Bezeichnung und Anschrift des Arbeitgebers

[]

Regierung der Oberpfalz
 Gewerbeaufsichtsamt
 Dezernat 1
 Bertoldstraße 2
 93047 Regensburg

[]

Antrag auf Zustimmung

zur

ordentlichen Kündigung

außerordentlichen Kündigung

Änderungskündigung

gemäß § 5 Abs. 2 PflegeZG

Für Rückfragen steht zur Verfügung:

Name

Telefon Telefax

Antragsteller, soweit abweichend zu Arbeitgeber

2-seitiger Vordruck!

1.	Angaben zur Arbeitnehmerin / zum Arbeitnehmer		
Name, Vorname		Geburtsdatum	Telefon (bitte unbedingt angeben)
Anschrift (Straße, Hs.-Nr., PLZ, Ort)			
Familienstand			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend			
Zahl der unterhaltspflichtigen Kinder	Pflegezeit beantragt / angekündigt am	Beginn der Pflegezeit am	Pflegezeit beantragt bis
2.	Angaben zum Arbeitsverhältnis		
Kündigungsfrist		aufgrund folgender Regelung	
_____ Wochen/Monate zum _____		<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> tariflich (Tarifvertrag) <input type="checkbox"/> vertraglich	
Erlerner Beruf	Zuletzt beschäftigt als	Zuletzt beschäftigt in Abteilung	
Beschäftigt im Betrieb seit	Schriftlicher Arbeitsvertrag vorhanden	Arbeitsvertrag ist befristet	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis _____	
3.	Angaben zum Arbeitgeber / Betrieb / Betriebsstätte		
Anzahl der Beschäftigten 6 Monate vor Antragsstellung:			Anzahl
Anzahl der Beschäftigten zum Zeitpunkt der Antragsstellung:			Anzahl
Werden weitere Arbeitnehmer entlassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Anzahl
Wird der gesamte Betrieb geschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Zeitplan der endgültigen Schließung der Abteilung bzw. des Betriebes beilegen)			
Existieren noch weitere Betriebsstätten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Auflistung der weiteren Betriebsstätten mit Angabe, ob diese geschlossen werden, beilegen)			
Bleiben Abteilungen bestehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Wenn ja, Erläuterung, ggf. auf Beiblatt			
Ist eine Umsetzung der Arbeitnehmerin in eine andere Abteilung / Betriebsstätte möglich?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Ggf. Erläuterung auf Beiblatt			

	<p>Wurde der / dem geschützten Arbeitnehmer eine Weiterbeschäftigung an einem neuen / an einem anderen Unternehmensstandort angeboten?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nicht zutreffend, weil</p>												
	<p>Werden alle Beschäftigte entlassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><small>Wenn nein, Erläuterung (ggf. auf Beiblatt)</small></p>												
	<p>Wird der Betrieb verlagert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <small>Wenn ja, wohin?</small></p>												
	<p>Was geschieht mit dem Betriebsgelände? <small>Angaben zum Betriebsgelände</small></p>												
	<p>Was geschieht mit den Betriebseinrichtungen? <small>Angaben zum den Betriebseinrichtungen</small></p>												
	<p>Hat ein Betriebsübergang im Sinne des § 613 a BGB stattgefunden bzw. werden Verhandlungen darüber geführt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja bereits stattgefunden <input type="checkbox"/> zur Zeit laufen Verhandlungen <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Nachfolgebetrieb existiert <small>(dann Erklärung vom Inhaber des Nachfolgebetriebs dass der Betriebsübergang bestritten wird, beilegen)</small></p>												
4.	Angaben zum Betriebsrat												
	<p>Ist ein Betriebsrat vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Stellungnahme beifügen)</p> <p><small>Wenn ja , Adresse, Telefon, E-Mail angeben</small></p>												
5.	Begründung des Antrages												
	<p><input type="checkbox"/> Betriebsschließung (z.B. der Betrieb wird geschlossen, sämtliche Arbeitsplätze fallen weg, die Abteilung wird geschlossen, sämtliche Arbeitsplätze der Abteilung fallen weg.)</p> <p><input type="checkbox"/> Existenzgefährdung (z.B. durch die Zahlung des Lohnes an die Schwangere oder die Frau nach Ablauf der Elternzeit wäre die Existenz des Betriebes gefährdet.)</p> <p><input type="checkbox"/> Verhalten des geschützten Arbeitnehmers</p> <p><input type="checkbox"/> Änderungskündigung</p>												
6.	Nähere Begründung des Kündigungssachverhaltes (ggf. bitte Beiblatt verwenden)												
7.	Bitte folgende Anlagen soweit zutreffend in Kopie beifügen und ankreuzen:												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schriftlicher Arbeitsvertrag</td> <td><input type="checkbox"/> Interessenausgleich</td> <td><input type="checkbox"/> Sozialplan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antrag auf Pflegezeit</td> <td><input type="checkbox"/> Vollmacht des Rechtsanwalts</td> <td><input type="checkbox"/> Nachweis d. Pflegebedürftigkeit d. Angehörigen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Schriftliche Stellungnahme des Betriebsrats zur Kündigung soweit ein Betriebsrat vorhanden ist</td> <td><input type="checkbox"/> Beschluss des Amtsgerichts über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens</td> <td><input type="checkbox"/> Gewerbeabmeldung bzw. Gesellschafterbeschluss über die Stilllegung des Betriebes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abmahnung(en)</td> <td><input type="checkbox"/> Übernahmeangebot</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Schriftlicher Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> Interessenausgleich	<input type="checkbox"/> Sozialplan	<input type="checkbox"/> Antrag auf Pflegezeit	<input type="checkbox"/> Vollmacht des Rechtsanwalts	<input type="checkbox"/> Nachweis d. Pflegebedürftigkeit d. Angehörigen	<input type="checkbox"/> Schriftliche Stellungnahme des Betriebsrats zur Kündigung soweit ein Betriebsrat vorhanden ist	<input type="checkbox"/> Beschluss des Amtsgerichts über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens	<input type="checkbox"/> Gewerbeabmeldung bzw. Gesellschafterbeschluss über die Stilllegung des Betriebes	<input type="checkbox"/> Abmahnung(en)	<input type="checkbox"/> Übernahmeangebot	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Schriftlicher Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> Interessenausgleich	<input type="checkbox"/> Sozialplan											
<input type="checkbox"/> Antrag auf Pflegezeit	<input type="checkbox"/> Vollmacht des Rechtsanwalts	<input type="checkbox"/> Nachweis d. Pflegebedürftigkeit d. Angehörigen											
<input type="checkbox"/> Schriftliche Stellungnahme des Betriebsrats zur Kündigung soweit ein Betriebsrat vorhanden ist	<input type="checkbox"/> Beschluss des Amtsgerichts über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens	<input type="checkbox"/> Gewerbeabmeldung bzw. Gesellschafterbeschluss über die Stilllegung des Betriebes											
<input type="checkbox"/> Abmahnung(en)	<input type="checkbox"/> Übernahmeangebot	<input type="checkbox"/> Sonstiges											
	<p>Ort, Datum _____</p> <p style="text-align: right;">Unterschrift, Stempel des Antragstellers _____</p>												