

Anlage zum Zustimmungsantrag bei (Teil-)Betriebsschließung und/oder Insolvenzverfahren

F1	Vollständige Betriebsschließung (§ 172 Abs. 1 Satz 1 SGB IX)
<input type="checkbox"/> Der Betrieb oder die Dienststelle wurde bereits geschlossen (bitte Gewerbeabmeldung oder Handelsregisterauszug beifügen)	
<input type="checkbox"/> Der Betrieb oder die Dienststelle wird zukünftig nicht nur vorübergehend geschlossen (bitte Nachweis beifügen, z.B. Gesellschafterbeschluss, Organisationsverfügung)	
Stilllegungszeitpunkt _____	
Der Betrieb geht/ging zum _____ auf _____ über.	
Wird nach Zugang der geplanten Kündigung das Arbeitsentgelt noch für min. drei Monate weitergezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten in einem anderen Ihrer Betriebe/Dienststellen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	
Ist dem/der zu kündigenden Mitarbeiter/in ein anderer angemessener und zumutbarer Arbeitsplatz gesichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gibt es einen Interessenausgleich / Sozialplan? <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	
F2	Wesentliche Betriebseinschränkung (§ 172 Abs. 1 Satz 2 SGB IX)
Der Betrieb oder die Dienststelle <input type="checkbox"/> wurde bereits / <input type="checkbox"/> wird zukünftig nicht nur vorübergehend wesentlich eingeschränkt, weil _____ (bitte Nachweise beifügen, z.B. Gesellschafterbeschluss, Organisationsverfügung)	
Zeitpunkt der Umstrukturierung _____	
Der Betrieb geht/ging zum _____ auf _____ über.	
Wird nach Zugang der geplanten Kündigung das Arbeitsentgelt noch für min. drei Monate weitergezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten in einem anderen Ihrer Betriebe/Dienststellen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	
Anzahl der Arbeitsplätze (insgesamt) vor der wesentlichen Betriebseinschränkung: _____, davon waren _____ Arbeitsplätze mit schwerbehinderten oder gleichgestellten Menschen besetzt	
Anzahl der Arbeitsplätze (insgesamt) nach der wesentlichen Betriebseinschränkung: _____, davon waren _____ Arbeitsplätze mit schwerbehinderten oder gleichgestellten Menschen besetzt	
Gibt es einen Interessenausgleich / Sozialplan? <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	
F3	Eröffnung des Insolvenzverfahrens (§ 172 Abs. 3 SGB IX)
Das Insolvenzverfahren wurde zum _____ eröffnet. (bitte Gerichtsbeschluss beifügen)	
Ist der/die Betroffene gem. § 125 InsO in einem Interessenausgleich namentlich als eine/r der zu kündigenden Mitarbeiter/innen aufgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte geschwärzte Namensliste beifügen)	
Wurde die Schwerbehindertenvertretung am Zustandekommen des Interessenausgleichs (und ggf. Sozialplan) gem. § 178 Abs. 2 SGB IX beteiligt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beifügen)	
Mitarbeiterzahlen: <ul style="list-style-type: none"> • Der Interessenausgleich sieht die Kündigung von _____ Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen vor, davon sind _____ schwerbehindert oder gleichgestellt • Insgesamt haben wir derzeit _____ Beschäftigte, davon sind _____ schwerbehindert oder gleichgestellt 	

Ort, Datum

Unterschrift