

Arbeitgeber (vollständige Anschrift )

Antragsteller, soweit abweichend vom Arbeitgeber

Zuständige Aufsichtsbehörde für den Mutterschutz:

Regierung von Mittelfranken  
Gewerbeaufsichtsamt  
90336 Nürnberg

Fax: 0911 928-2999



Ort, Datum

**Für Rückfragen steht zur Verfügung:**

Name		
Telefon	Fax	E-Mail

**Antrag auf Zustimmung zur:**

- ordentlichen Kündigung     Änderungskündigung
- gemäß § 9 Abs. 3 MuSchG     gemäß § 18 Abs. 1 BEEG     gemäß § 9 Abs. 3 MuSchG und § 18 Abs. 1 BEEG

**wegen Betriebs- bzw. Teilbetriebsschließung (auch bei Insolvenz)**

**Angaben zur Arbeitnehmerin/zum Arbeitnehmer**

Name		Geburtsdatum
Wohnanschrift (Straße, PLZ, Wohnort)		
Familienstand	Telefon (bitte unbedingt angeben)	
	++49(0)	
Entbindungstermin	In Mutterschutz bis	Elternzeit beantragt bis

Angaben zum Arbeitsverhältnis		
Kündigungsfrist		zum (Datum):
Woche(n)	Monat(e)	<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"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja bis

Angaben zum Arbeitgeber/Betrieb/Betriebsstätte		
Anzahl der Beschäftigten 6 Monate vor Antragsstellung		Anzahl der Beschäftigten zum Zeitpunkt der Antragsstellung
Werden weitere Arbeitnehmer entlassen?		
<input type="checkbox"/> Ja   Anzahl: <input type="checkbox"/> Nein		
Wird der gesamte Betrieb geschlossen?		Existieren noch weitere Betriebsstätten?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zeitplan der endgültigen Schließung der Abt. bez. des Betriebes		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Bitte beilegen: Liste der weiteren Betriebsstätten mit Angabe, ob diese geschlossen werden
Bleiben Abteilungen bestehen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bitte erläutern
Ist eine Umsetzung der Arbeitnehmerin in eine andere Abteilung/Betriebsstätte möglich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ggf. Erläuterung
Wurde der geschützten Arbeitnehmerin eine Weiterbeschäftigung an einem neuen/an einem anderen Unternehmensstandort angeboten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nicht zutreffend, weil ...	
Werden alle Beschäftigten entlassen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn nein, bitte erläutern
Wird der Betrieb verlagert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, wohin?
Was geschieht mit dem Betriebsgelände?		
Was geschieht mit dem Mobiliar?		
Hat ein Betriebsübergang im Sinne des § 613 a BGB stattgefunden bzw. werden Verhandlungen darüber geführt?		
<input type="checkbox"/> Ja, hat bereits stattgefunden Name, Adresse, Telefonnummer des Nachfolgebetriebes angeben		
<input type="checkbox"/> Zur Zeit laufen Verhandlungen Name, Adresse, Telefonnummer des Verhandlungspartners angeben		
<input type="checkbox"/> Nein, es existiert ein Nachfolgebetrieb der den Betriebsübergang im Sinne des § 613 a BGB bestreitet (bitte Erklärung des Nachfolgebetriebes beilegen, worin der Betriebsübergang bestritten wird)		
<input type="checkbox"/> Nein		

Angaben bei Insolvenz		
Wurde das Insolvenzverfahren bereits eröffnet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist die Arbeitgeberstellung bereits auf den Insolvenzverwalter übergegangen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Angaben zum Betriebsrat
Ist ein Betriebsrat vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bitte Stellungnahme beifügen und Adresse angeben
Adresse
Telefon
E-Mail

Nähere Begründung des Kündigungssachverhaltes: (ggf. bitte Extrablatt verwenden)

Bitte folgende Anlagen soweit zutreffend in Kopie beifügen und ankreuzen:		
<input type="checkbox"/> schriftlicher Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> Antrag auf Elternzeit	<input type="checkbox"/> Schriftliche Stellungnahme des Betriebsrats zur Kündigung
<input type="checkbox"/> Gewerbeabmeldung bzw. Gesellschafterbeschluss über die Stilllegung des Betriebes	<input type="checkbox"/> Übernahmeangebot	<input type="checkbox"/> Vollmacht des Rechtsanwalts oder Handlungsbevollmächtigten
<input type="checkbox"/> Beschluss des Amtsgerichts über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens	<input type="checkbox"/> Interessenausgleich	<input type="checkbox"/> Sozialplan
<input type="checkbox"/> Vereinbarung zur Transfergesellschaft	<input type="checkbox"/> Schwangerschafts-Bescheinigung	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Ort, Datum, Name, Vorname

Unterschrift, Stempel des Antragstellers