

1. Angaben zum Beschäftigungsbetrieb

Betriebsname, Rechtsform		
Straße, PLZ, Ort:		Telefax: E-Mail:
zuständige/r Personalsachbearbeiter/in	betriebliche Funktion	Telefon:
Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen:	betriebliche Funktion	
Arbeitsplätze (Stand zurzeit)	Schwerbehinderte Menschen und andere Personen im Sinne des § 71 SGB IX	(unbedingt angeben) Ihre Betriebs-Nr.: (können Sie beim Arbeitsamt erfragen) / / / / / / / / / /
Geltender Tarifvertrag: _____ Ordentliche Kündigung / Änderungskündigung ausgeschlossen durch Tarifvertrag oder aufgrund des § 15 Kündigungsschutzgesetzes (zum Beispiel Mitglied des Betriebsrates / der Jugendvertretung / eines Wahlvorstandes; Wahlbewerber; Vertrauensperson / stellvertretende Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</div>		
Wenn ja, weil: _____		
Bei Änderungskündigung: Der schwerbehinderte Mensch hat durch Tarifvertrag Anspruch auf Lohnsicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

2. Angaben zum Hauptbetrieb, nur wenn dieser vom Beschäftigungsbetrieb abweicht

Adresse:		Telefon:
Arbeitsplätze (Stand zurzeit)	Schwerbehinderte Menschen und andere Personen im Sinne des § 71 SGB IX	(unbedingt angeben) Ihre Betriebs-Nr.: (können Sie beim Arbeitsamt erfragen) / / / / / / / / / /
Gesamt-Schwerbehindertenvertretung Name:	Arbeitet in Betriebsstätte:	Telefon:

3. Angaben zum behinderten Menschen

Name:	Beschäftigt seit dem :
Kündigungsfrist	_____ Monate zum <input type="checkbox"/> Monatsende <input type="checkbox"/> zum 15. des Monats
	_____ Wochen zum <input type="checkbox"/> Quartalsende
Betriebliche Leistungen wegen der Kündigung (zum Beispiel Sozialplan)	

Der Arbeitgeber hat für die Beschäftigung des schwerbehinderten Menschen Leistungen von einem Reha-Träger (zum Beispiel Arbeitsamt, Berufsgenossenschaft) oder im Rahmen der begleitenden Hilfe nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – von der örtlichen Fürsorgestelle / vom Integrationsamt erhalten (zum Beispiel zur Arbeitsplatzgestaltung)	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Art der Leistung:	Höhe in DM/EURO:

Ich bin darüber unterrichtet, dass die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – Integrationsamt – erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfasst oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden (Bundesdatenschutzgesetz vom 27.01.1977 – BGBl. IS.201). Die Erhebung der personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 35 SGB I, 67 ff. SGB X.

Ort, Datum

Firmenstempel Arbeitgeber