

**Anlage 1****Seite 1: zur Betriebsaufgabe/-schließung/Liquidation/Insolvenz;****Seite 2: zur Teilbetriebsschließung**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb <b>ist</b> endgültig und auf Dauer eingestellt <b>seit</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Der Betrieb <b>wird</b> endgültig und auf Dauer eingestellt <b>zum</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                               |
| Das Insolvenzverfahren wurde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> beantragt am<br><input type="checkbox"/> eröffnet am |
| Gründe für die Betriebsaufgabe/-schließung (ggf. Extrablatt verwenden)<br>(Gesellschafterbeschluss, Kündigung des Mietverhältnisses über die Betriebsräume, Nachweis über Rückgabe der kassenärztlichen Zulassung, Gewerbeabmeldung, ggf. Beschluss Amtsgericht, Sozialplan, Angaben zu materiellen und immateriellen Betriebsmitteln, o. ä. beifügen) |                                                                               |
| Gibt es einen Rechtsnachfolger durch Verkauf oder Übernahme?                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> ja (ggf. Name, Anschrift, Telefonnummer angeben)                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                               |
| Findet ein Betriebsübergang im Sinne von § 613 a BGB statt?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> ja (ggf. Name, Anschrift, Telefonnummer des neuen Inhabers / der neuen Inhaberin angeben)                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                               |
| Werden alle Beschäftigten des Betriebes gekündigt?                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> ja, zum (ggf. Massenentlassungsanzeige an die zuständige Agentur für Arbeit in Kopie beifügen)                                                                                                                                                                                                                                |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                               |
| Gibt es Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten für die betroffene Arbeitnehmerin an anderen Standorten?                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> nein (bitte Grund angeben)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                               |
| Wurde der betroffenen Arbeitnehmerin eine entsprechende Weiterbeschäftigung angeboten?                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> nein (bitte Grund angeben)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                               |
| Hat die betroffene Arbeitnehmerin eine entsprechende Weiterbeschäftigung abgelehnt?                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> ja (bitte Grund angeben)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                               |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                               |

**Anlage 1****Seite 2: zur Teilbetriebsschließung**

|                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Endgültige Schließung des Teilbetriebes am                                                                                                                                                                                                    |
| Von der Teilbetriebsschließung sind folgende Bereiche betroffen<br>(Filiale/Niederlassung/Abteilung – bitte mit genauer Adresse angeben)                                                                                                      |
| Gründe für die Teilbetriebsschließung<br>(Gesellschafterbeschluss, Kündigung des Mietverhältnisses über die Betriebsräume o. ä. beifügen)                                                                                                     |
| Wie viele Beschäftigte des Teilbetriebes werden gekündigt?<br>(ggf. Massentlassungsanzeige an die zuständige Agentur für Arbeit in Kopie beifügen)                                                                                            |
| Wie viele Beschäftigte des Teilbetriebes können in andere Bereiche umgesetzt werden?                                                                                                                                                          |
| Gibt es Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten für die betroffene Person in anderen Bereichen, die nicht von der Schließung betroffen sind?<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein (bitte Grund angeben)              |
| Gibt es Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten für die betroffene Person an anderen Standorten oder anderen, von der Schließung ausgenommenen Bereichen?<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein (bitte Grund angeben) |
| Wurde der betroffenen Person eine entsprechende Weiterbeschäftigung angeboten?<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein (bitte Gründe angeben)                                                                     |
| Hat die betroffene Person eine entsprechende Weiterbeschäftigung abgelehnt?<br><br><input type="checkbox"/> ja (bitte Grund angeben)<br><input type="checkbox"/> nein                                                                         |

**Liste der einzureichenden Unterlagen im Überblick:**

- ☐ Übersicht über die Unternehmensstruktur (Vorlage eines Organigramms)
- ☐ Nachweis über tatsächliche Schließung (z.B. Stilllegungsbeschluss, Kündigung der Mieträume, Rückgabe der Zulassung bei der Ärztekammer, Gewerbeabmeldung, ggf. Beschluss Amtsgericht)
- ☐ Insolvenzantrag (Eröffnungsbeschluss), Darstellung der wirtschaftlichen Lage / Auftragslage
- ☐ Verwendung der materiellen und immateriellen Betriebsmittel (Grundstücke, Gebäude, Maschinen, Inventar, noch nicht abgewickelte Aufträge, Abnahme- und Lieferbeziehungen, Arbeitnehmerverträge)
- ☐ Mitteilung über den Stand der Kündigungen / Beschäftigungen der gesamten Belegschaft (ggf. Massenentlassungsanzeige an die zuständige Agentur für Arbeit in Kopie beifügen)
- ☐ Mitteilung über einen möglichen Betriebsübergang nach § 613a BGB
- ☐ Gesellschafterbeschluss, Interessenausgleich / Sozialplan