



1 Persönliche Daten des/der Teilnehmers/Teilnehmerin

Familienname	
Rufname	
Straße/Platz Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Staatsangeh	
Vers Nr / Geburtsdatum	
Vorwahl / Telefon nummer (freiwillige Angabe)	

Eingangsstempel der Agentur für Arbeit

Fragebogen angenommen am _____ (Nz /Dat)

Bildungsgutschein Nr

_____ | 0 | 1

Maßnahme Nr

AA	Lfd Nr	Jahr

Bankverbindung

Bank _____

BIC _____

IBAN _____

BANKDATEN EINTRAGEN

2 Ich stehe in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis und habe für die Dauer der Maßnahme unter anderem weiterhin Anspruch auf Arbeitsentgelt (entfällt für Bezieher von Transferkurzarbeitergeld)

MEIST JA

Ja Nein

3 Ich habe Anspruch auf Transferkurzarbeitergeld

MEIST NEIN

Ja Nein

4 Nur für Bezieher von Transferkurzarbeitergeld

Angaben zu Leistungen zum Lebensunterhalt und Zuwendungen für die Zeit der Teilnahme

Während meiner Teilnahme an der Maßnahme und nach Ablauf des Anspruchs von Transferkurzarbeitergeld erhalte ich oder kann ich folgende Leistungen erhalten

a Leistungen von meinem Arbeitgeber oder vom Maßnahmeträger wegen meiner Teilnahme an der Maßnahme Ja Nein

b Leistungen auf Grund eines früheren oder bestehenden Arbeitsverhältnisses Ja Nein

Wenn ja Bitte Bescheinigung über Arbeitgeber /Trägerleistungen beifügen

IGNORIEREN

5 Ich habe einen Berufsabschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf mit einer mindestens zweijährigen Ausbildungsdauer

ENTSPRECHEND

Ja Nein

Wenn ja in folgendem Beruf _____

Ausbildungszeit von _____ bis _____

Ich bin im erlernten Beruf tätig

AUSFÜLLEN

Ja Nein

Wenn nein Ich bin seit _____ in an- und ungelernter Tätigkeit beschäftigt

	Name Vorname	Kundennummer
6	Die Weiterbildungsmaßnahme an der ich teilnehme bzw teilnehmen werde hat folgendes Maßnahmeziel Weiterbildung Social Media Professional	
	Maßnahmeträger (Name Anschrift) <u>Maybachstraße 1, 06112 Halle (Saale)</u>	
	Maßnahmeort <u>Online</u>	
	Beginn meiner Teilnahme <u>Siehe Angebot</u> (voraussichtliches) Ende <u>Siehe Angebot</u>	
	Die Anmeldebescheinigung des Maßnahmeträgers füge ich bei	
7	Ich kann einen gesetzlichen Anspruch gegen andere öffentlich rechtliche Stellen (z B Rentenversicherung Berufs genossenschaft Berufsförderungsdienst der Bundeswehr) auf Übernahme von Kosten zur beruflichen Weiterbildung geltend machen ich erhalte solche Leistungen <u>Wenn ja</u> gegenüber / von? _____ Aktenzeichen MEIST NEIN	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
8	Ich erhalte von Dritten – z B vom Arbeitgeber – Zuwendungen zu den Weiterbildungskosten (z B Lehrgangsgelö bühren Unterbringungskosten) <u>Wenn ja</u> bitte Belege beifügen	MEIST NEIN <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
9	Ich erhalte Leistungen durch ein Jobcenter nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buches (SGB II)	MEIST NEIN <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
10	Fahrkosten Kosten für auswärtige Unterbringung und Verpflegung Kinderbetreuungskosten Diese Kosten können nur übernommen werden wenn Sie Ihnen durch die Teilnahme an der Weiterbildung <u>zusatz lich</u> entstehen Kosten die aufgrund Ihres Beschäftigungsverhältnisses ohnehin anfallen (z B Fahrstrecken zur Arbeitsstätte Kosten für Kinderbetreuungseinrichtungen Kosten für eine Zweitwohnung am Arbeitsort) können nicht erstattet werden Mir entstehen durch die Teilnahme an der Weiterbildung zusätzliche Kosten (siehe beigefugte Anlage zum Fragebogen)	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
11	Bei Beschäftigten kann auf die Ausstellung eines Bildungsgutscheins verzichtet werden wenn der Arbeitgeber und die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer damit einverstanden sind Ich bin mit dem Verzicht auf die Ausstellung eines Bildungsgutscheins einverstanden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

12 **Erklärung und Unterschrift**

Ich versichere dass meine Angaben zutreffen Änderungen werde ich unverzüglich anzeigen
Das **Merkblatt 6** Förderung der beruflichen Weiterbildung in dem unter Punkt 11 2 auf die **Mitwirkungspflichten** im Einzelnen hingewiesen ist habe ich erhalten und von seinem Inhalt Kenntnis genommen Mir ist bekannt dass Zeugnisse/Beurteilungen und für die Vermittlung oder die Gewährung von Leistungen notwendige Mitteilungen vom Bildungsträger oder dem Praktikumsbetrieb im erforderlichen Umfang an die Agentur für Arbeit weitergeleitet werden und dass mir ein Recht auf Einsicht in Zeugnisse/Beurteilungen zusteht

Ich nehme zur Kenntnis dass ich als Teilnehmer auch wenn die Maßnahme beendet ist verpflichtet bin der Agentur für Arbeit oder dem Träger der Maßnahme auf Verlangen Auskunft über den Eingliederungserfolg der Maßnahme sowie alle weiteren Auskünfte zu erteilen die zur Qualitätsprüfung benötigt werden sowie eine Beurteilung meiner Leistung und meines Verhaltens durch den Träger zuzulassen

AUSFÜLLEN

Ort/Datum

1 Unterschrift

Ich bestätige die Richtigkeit der durch mich oder den/die Mitarbeiter(in) vorgenommenen Änderungen bzw Ergänzungen bei den Fragen Nummern _____

Ort/Datum

2 Unterschrift



Bildungsgutschein-Nummer

für

Kundennummer - lfd Nr

gem § 81 Abs 4 Sozialgesetzbuch – Drittes Buch (SGB III)

Gültigkeitsdauer	
Übernommen werden	die der Zulassung zugrundeliegenden vollen Lehrgangskosten
Weiterbildungsdauer	bis zu 6 00 Monate einschließlich eines notwendigen Betriebspraktikums
Bildungsziel/Qualifizierungsinhalte	43153 101 (Ziel DKZ) Social Media Professional Social Media Management org Wachstum bezahlte Werbung Maßnahmekosten werden zu 100 % übernommen
Unterrichtsart	Vollzeit
Weiterbildungsstätte	außerbetrieblich
Weiterbildungsort	im Tagespendelbereich

Angaben zur besuchten Maßnahme

Maßnahmenummer / /

Maßnahmebezeichnung _____
(genaue Bezeichnung)

Maßnahmedauer
Beginn Ende

Frau / Herr _____

Für die/den Obengenannte(n) ist die Teilnahme wie folgt vorgesehen

Beginn Ende

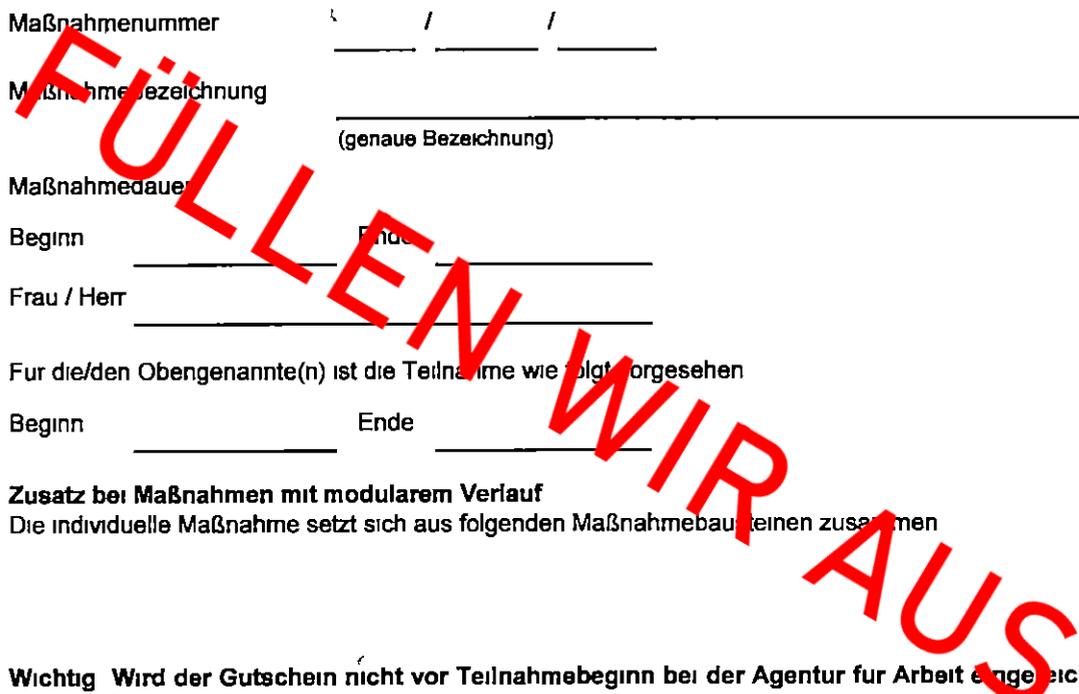
Zusatz bei Maßnahmen mit modularem Verlauf

Die individuelle Maßnahme setzt sich aus folgenden Maßnahmebausteinen zusammen

Wichtig Wird der Gutschein nicht vor Teilnahmebeginn bei der Agentur für Arbeit eingereicht, verliert er seine Gültigkeit

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Maßnahmetragers





Kundennummer
Bezeichnung des Betriebs



3

4 Persönliche Daten der beschäftigten Person

Nachname Geburtsdatum
Vorname Kundennummer (falls bekannt)

2 Die beschäftigte Person arbeitet seit mehr als 4 Jahre in an oder ungeleimter Tätigkeit (eine nicht dem gegebenenfalls vorhandenen Berufsabschluss entsprechende Beschäftigung) Ja Nein

Hinweis Zeiten der Arbeitslosigkeit der Kindererziehung und der Pflege einer pflegeber mindestens Pflegegrad 2 stehen Zeiten einer Beschäftigung gleich Sofern die beschäft als 4 Jahre beim aktuellen Betrieb beschäftigt ist bitte diese Angabe durch die beschaft lassen

ENTSPRECHEND ANKREUZEN

3 Bei Beschäftigten kann auf die Ausstellung eines Bildungsgutscheins verzichtet werden wenn der Betrieb und die beschäftigte Person damit einverstanden sind
Ich bin mit dem Verzicht auf die Ausstellung eines Bildungsgutscheins einverstanden Ja Nein

4 Mit der unter Nr 1 genannten beschäftigten Person besteht für die Dauer der Weiterbildung ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis Ja Nein

MEIST JA

5 Die berufliche Weiterbildung selbst und der Bildungsträger der beruflichen Weiterbildung sind für die Forderung zugelassen Ja Nein
Die berufliche Weiterbildung dauert mehr als 120 Stunden Ja Nein

Führt die berufliche Weiterbildung zu einem Berufsabschluss (Umschulungen Vorbereitungslehrgänge auf die Externenprüfung berufsanschlussfähige Teilqualifizierungen)? Ja Nein

6 Die berufliche Weiterbildung vermittelt Fertigkeiten Kenntnisse und Fähigkeiten die über ausschließlich arbeitsplatzbezogene kurzfristige Anpassungsfortbildungen hinausgehen Ja Nein

7 Mein Betrieb hat eine Betriebsvereinbarung über die berufliche Weiterbildung beziehungsweise es gibt einen Tarifvertrag der betriebsbezogene berufliche Weiterbildungen vorsieht Ja Nein

MEIST NEIN

8 Bitte kreuzen Sie in der nachfolgenden Tabelle die zutreffende Betriebsgröße an (Informationen zur Festlegung der Betriebsgröße und zur Forderung können Sie den Hinweisen entnehmen)

Betriebsgröße*)	
<input type="checkbox"/>	Weniger als 50 Beschäftigte
<input type="checkbox"/>	50 bis unter 500 Beschäftigte
<input type="checkbox"/>	500 und mehr Beschäftigte

ANKREUZEN

*) Maßgeblicher Zeitpunkt zur Bestimmung der Betriebsgröße Beginn der beruflichen Weiterbildung

- Fortsetzung auf nachster Seite -

Erklärung und Unterschrift

Ich versichere dass meine Angaben auf Seite 1 zutreffen Mir ist bekannt dass Maßnahmen von einer Förderung ausgeschlossen sind zu deren Durchführung ich aufgrund bundes oder landesrechtlicher Regelungen verpflichtet bin Ich erkläre hierzu dass solche Verpflichtungen nicht bestehen

In den Fällen bei denen Beschäftigte an einer beruflichen Weiterbildung teilnehmen versichere ich den Anteil der Lehrgangskosten zu übernehmen Für den Fall dass eine Betriebsvereinbarung über die betriebliche Weiterbildung oder ein Tarifvertrag der betriebsbezogenen beruflichen Weiterbildung vorsieht vorliegt füge ich einen Nachweis bei (zum Beispiel Kopie der Betriebsvereinbarung oder des Tarifvertrages beziehungsweise Angabe einer entsprechenden Internetquelle zum Tarifvertrag)

AUSFÜLLEN

Ort Datum

Name (Druckbuchstaben)

Unterschrift

Hinweise zur Festlegung der Betriebsgröße

Bei der Beurteilung der Betriebsgröße wird jeweils das Gesamtunternehmen betrachtet Alle Partnerunternehmen beziehungsweise verbundene Unternehmen sind zu berücksichtigen Dabei werden Betriebe dann als verbunden angesehen wenn sie einem Konzern angehören und dadurch Zugang zu finanziellen und sonstigen Ressourcen haben Es sind sämtliche Beschäftigte des Unternehmens dem Ihr Betrieb angehört zu berücksichtigen Ausgenommen sind Auszubildende Praktikantinnen/Praktikanten und geringfügig Beschäftigte (zum Beispiel Minijobber)

Teilzeitbeschäftigte sind anteilig – je nach Umfang ihrer wochentlichen Arbeitszeit zu berücksichtigen

Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit	Berücksichtigung mit
Bis zu 10 Stunden	0 25
Bis zu 20 Stunden	0 50
Bis zu 30 Stunden	0 75
Mehr als 30 Stunden	1 00

Hinweise zu den Lehrgangskosten

Betriebsgröße	Beteiligung der Agentur für Arbeit an den Lehrgangskosten	Beteiligung der Arbeitgebern / des Arbeitgebers an den Lehrgangskosten
Weniger als 50 Beschäftigte	(soll) 100%	
50 bis unter 500 Beschäftigte beschäftigte Person hat das 45 Lebensjahr vollendet beziehungsweise ist schwerbehindert	(soll) 100%	Eine Beteiligung soll entfallen sofern die Agentur für Arbeit 100% der Lehrgangskosten übernimmt
50 bis unter 500 Beschäftigte	50% (55%*)	50% (45%*)
500 und mehr Beschäftigte	25% (30%*)	75% (70%*)

*) Verringerung der Beteiligung des Arbeitgebers an den Lehrgangskosten um 5 Prozent bei Vorliegen einer Betriebsvereinbarung über die berufliche Weiterbildung oder eines Tarifvertrages der betriebsbezogenen beruflichen Weiterbildung vorsieht

Antrag auf Arbeitsentgeltzuschuss für weiterbildungsbedingte Ausfallzeiten Beschäftigter



Bundesagentur für Arbeit



3

Bezeichnung und Anschrift des Betriebs

[Redacted]

[Redacted]

Eingangsercheinung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

1 Der Zuschuss wird beantragt für

Name Vorname

Geburtsdatum

Straße Hausnummer PLZ Wohnort

Die Erklärung der beschäftigten Person zum Antrag auf Arbeitsentgeltzuschuss für weiterbildungsbedingte Ausfallzeiten ist beigefügt

- Die beschäftigte Person besitzt keinen Berufsabschluss beziehungsweise kann aufgrund einer mehr als vier Jahre ausgeübten Beschäftigung in an- oder ungelernter Tätigkeit eine entsprechende Beschäftigung voraussichtlich nicht mehr ausüben

2 Angaben zum Arbeitsverhältnis (bitte den Arbeitsvertrag als Anlage beifügen)

Das Arbeitsverhältnis mit der beschäftigten Person besteht über die Gesamtdauer der angestrebten Weiterbildung fort

ja nein

Die beschäftigte Person wird für die Dauer der Weiterbildung (siehe Nr. 6) unter Fortzahlung des Arbeitsentgelts freigestellt

ja nein

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

Die regelmäßige monatliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

AUSFÜLLEN

Wegen der Teilnahme an der Weiterbildung kann die beschäftigte Person

keine Arbeitsleistung mehr erbringen

Arbeitsleistung nur noch teilweise erbringen

Die durchschnittliche wöchentliche Ausfallzeit beträgt _____ Stunden

Die durchschnittliche monatliche Ausfallzeit beträgt _____ Stunden

Sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt (in Euro) _____ monatlich stündlich

Die Vergütung ist

tariflich Geltungsbereich des Tarifvertrages _____

ortsüblich

AUSFÜLLEN

Die beschäftigte Person bezieht Kurzarbeitergeld

für folgenden Zeitraum von _____ bis _____

ja nein

Erklärung

- 1 Ich verpflichte mich der Agentur für Arbeit jede Änderung gegenüber meinen Angaben im Antrag mitzuteilen die sich auf die Zahlung des Arbeitsentgeltzuschusses auswirkt insbesondere
den Nichtantritt der Weiterbildung
die Lösung des Arbeitsverhältnisses während des Forderungszeitraumes
eine Verringerung des der Bemessung der Leistungen zu Grunde liegenden berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts
eine Unterbrechung der Zahlung des Arbeitsentgelts

Ich verpflichte mich innerhalb von zwei Monaten nach Ende des Forderungszeitraums (beziehungsweise bei Änderungen sofort) einen Beschäftigungsnachweis und einen Nachweis über gezahltes Arbeitsentgelt und abgeführte Sozialversicherungsbeiträge vorzulegen
- 2 Die Hinweise zum Arbeitsentgeltzuschuss für die Weiterbildung Beschäftigter nach dem SGB III habe ich erhalten und von deren Inhalt Kenntnis genommen
- 3 Weiter ist mir bekannt dass weiterbildungsbedingte Ausfallzeiten im Zusammenhang mit Maßnahmen zu denen ich aufgrund bundes oder landesrechtlicher Regelungen verpflichtet bin nicht mit einem Arbeitsentgeltzuschuss gefordert werden können Ich erkläre hierzu dass solche Regelungen nicht bestehen

Anlagen

- Erklärung der Beschäftigten Person zum Antrag auf Arbeitsentgeltzuschuss für weiterbildungsbedingte Ausfallzeiten
- Betriebsvereinbarung über die berufliche Weiterbildung oder Tarifvertrag der betriebsbezogenen beruflichen Weiterbildung vorsieht

AUSFÜLLEN

(Ort Datum)

(Unterschrift)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

Hinweise zum Arbeitsentgeltzuschuss für die Weiterbildung Beschäftigter

Sonstiges

1 Allgemeines

Der Arbeitsentgeltzuschuss ist rechtzeitig vor Beginn der Teilnahme an der Weiterbildung bei der für Ihren Betriebssitz zuständigen Agentur für Arbeit zu beantragen

Die Agentur für Arbeit benötigt die von Ihnen erfragten Angaben für die Beurteilung und Entscheidung über Ihren Antrag Die erfragten Daten werden im Rahmen der Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit gespeichert und verarbeitet Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus §§ 60 ff Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) Bei fehlender Mitwirkung zum Beispiel wenn die angeforderten Nachweise nicht erbracht werden kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden

HINWEIS Der Schutz von personen- und betriebsbezogenen Daten genießt einen sehr hohen Stellenwert deshalb erfolgt die Erhebung und Verarbeitung dieser Daten im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen insbesondere mit den Regelungen der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) und des Sozialgesetzbuches

Naheres hierzu finden Sie im Internet unter <https://www.arbeitsagentur.de/datenerhebung>

2 Hohe/Dauer

Die Höhe des Arbeitsentgeltzuschusses orientiert sich am Umfang der anlässlich der Teilnahme an der Weiterbildung nicht erbringbaren Arbeitsleistung hierbei werden auch sonstige weiterbildungsbedingte Ausfallzeiten wie zum Beispiel Fahrzeiten berücksichtigt

Für den Zuschuss berücksichtigungsfähig sind

- das von Ihnen regelmäßig gezahlte sozialversicherungspflichtige Arbeitsentgelt soweit es das tarifliche Arbeitsentgelt oder wenn eine tarifliche Regelung nicht besteht das für vergleichbare Tätigkeiten ortsübliche Arbeitsentgelt nicht übersteigt sowie
- der pauschalierte Arbeitgeberanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag

Der Arbeitsentgeltzuschuss kann für die Dauer der Teilnahme an einer Weiterbildung gewährt werden Fehlzeiten des Teilnehmers während der Weiterbildung haben keinen Einfluss auf die Gewährung des Arbeitsentgeltzuschusses Endet das Arbeitsverhältnis vor dem Ende der Weiterbildung wird der Arbeitsentgeltzuschuss langstens bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses gezahlt

Hinweis Für Zeiten in denen kein Arbeitsentgelt gezahlt wird (zum Beispiel Bezug von Krankengeld unbezahlter Urlaub) kann kein Arbeitsentgeltzuschuss gewährt werden

Hinweise zur Betriebsgröße/ Förderhöhe

Betriebsgröße	Beteiligung der Agentur für Arbeit am Arbeitsentgeltzuschuss	Beteiligung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers am Arbeitsentgelt
weniger als 50 Beschäftigte	75% (80%*)	25% (20%*)
50 bis 500 Beschäftigte	50% (55%*)	50% (45%*)
mindestens 500 und mehr Beschäftigte	25% (30%*)	75% (70%*)

Bis zu 100 Prozent Zuschuss können bei fehlendem Berufsabschluss und Teilnahme an einer berufsabschlussbezogenen Weiterbildung gezahlt werden

*) Verringerung der Beteiligung des Arbeitgebers am Arbeitsentgelt um 5 Prozent bei Vorliegen einer Betriebsvereinbarung über die berufliche Weiterbildung oder eines Tarifvertrages der betriebsbezogenen beruflichen Weiterbildung vorsieht

3 Forderungsfähiger Personenkreis

Zum Personenkreis gehören

- geringqualifizierte Beschäftigte im Sinne des § 81 Abs 2 SGB III die an Weiterbildungen teilnehmen welche direkt oder schrittweise zu einem Berufsabschluss führen
- Beschäftigte die an Weiterbildungen teilnehmen welche Kenntnisse vermitteln die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verwertbar sind

Bei Beginn der Weiterbildung können Beschäftigte nur gefördert werden wenn sie in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung nicht nach § 82 SGB III in der ab 01.01.2019 geltenden Fassung gefördert wurden Wenn sie einen Berufsabschluss erworben haben kann eine Förderung in der Regel nur erfolgen wenn der Erwerb mindestens zwei Jahre zurückliegt (§ 82 Absatz 1 SGB III)

4 Anforderung an die Weiterbildung

Für Ausfallzeiten die im Zusammenhang mit der Teilnahme an einem nach § 2 Abs 1 Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Fortbildungsziel stehen kann kein Arbeitsentgeltzuschuss gewährt werden (§ 22 Abs 1a SGB III)

Der Arbeitsentgeltzuschuss kann nur für solche Ausfallzeiten gewährt werden die durch die Teilnahme an Weiterbildungen entstehen bei denen Bildungsträger und Maßnahme durch eine fachkundige Stelle für die Forderung zugelassen sind (§ 81 Abs 1 Satz 1 Nr 3 § 82 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB III) für betriebliche Einzelumschulungen gelten abweichende Regelungen Soweit der Agentur für Arbeit keine Informationen zur Zulassung der Weiterbildung vorliegen müssen Sie entsprechende Nachweise vorlegen

Ebenso ist die Zahlung eines Arbeitsentgeltzuschusses ausgeschlossen wenn sie im Zusammenhang mit einer Teilnahme an einer Maßnahme steht zu deren Durchführung der Arbeitgeber aufgrund bundes- oder landesrechtlicher Regelungen verpflichtet ist

Darüber hinaus gelten folgende Anforderungen

Bei **geringqualifizierten Beschäftigten** im Sinne § 81 Absatz 2 SGB III muss die Weiterbildung direkt oder schrittweise zu einem Berufsabschluss in einem Ausbildungsberuf führen für den nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften eine Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren festgelegt ist Hierzu gehören Umschulungen Vorbereitungslehrgänge auf Externenbeziehungswiese Nichtschülerprüfung oder berufsanschlussfähige Teilqualifikationen

Bei **Beschäftigten** muss die Weiterbildung die Anforderungen nach § 82 Absatz 1 SGB III erfüllen

- Die Weiterbildung muss Kenntnisse vermitteln die über ausschließlich arbeitsplatzbezogene kurzfristige Anpassungsfortbildungen hinausgehen
- Die Weiterbildung muss außerhalb des Betriebes oder von einem zugelassenen Träger im Betrieb dem sie angehören durchgeführt werden (gilt nur bei Beginn der Weiterbildung bis 31.03.2024)
- Die Weiterbildung muss mehr als 120 Stunden dauern

5 Bezug von Kurzarbeitergeld

Der Anspruch auf Kurzarbeitergeld (Kug) schließt die Gewährung von AEZ aus da der Arbeitsausfall vorrangig nicht weiterbildungsbedingt ist sondern auf wirtschaftlichen oder strukturellen Gründen beruht

Trägerbescheinigung
zum Antrag auf Arbeitsentgeltzuschuss



3

zur Vorlage bei der Agentur für Arbeit

zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Frau

Name/Vorname

Geburtsdatum

hat sich zu der Maßnahme

Maßnahmeziel/-bezeichnung

angemeldet

1 Die Obengenannte wird in die Maßnahme aufgenommen

2 Es handelt sich um eine nach §§ 176 ff Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) zugelassene Maßnahme

3 Die Teilnahme an der Maßnahme erfolgt wie folgt

Teilnahmedauer von

Beginn

bis

Ende

Anzahl der Unterrichtsstunden insgesamt

Unterrichtszeiten (z B montags bis freitags 8 00-15 00 Uhr)

4 Die Weiterbildung führt direkt oder schrittweise zu einem Berufsabschluss in einem Ausbildungsberuf für den nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften eine Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren festgelegt ist

5 Es wurde bereits durch eine Agentur für Arbeit eine Maßnahmenummer vergeben

Die Maßnahme-Nr lautet

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Trägers

Weiterbildungsförderung Beschäftigter Erhebungsbogen - Arbeitgeber

Dieser Fragebogen dient der Agentur für Arbeit zur Prüfung der Möglichkeiten der Weiterbildungsförderung beschäftigter Arbeitnehmer/innen nach dem Sozialgesetzbuch – Drittes Buch (SGB III) Beachten Sie bitte dass dieser Fragebogen noch keine Forderzusage darstellt!

Bitte senden Sie diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt und unterschrieben via E Mail an weibildung@agentur-fuer-arbeit.de via Fax an 0340 5022001 oder per Post an die Agentur für Arbeit Sachsen Anhalt Ost zurück

Informationen zum Betrieb

Name des Betriebes	AUSFÜLLEN
Betriebsnummer	
Anzahl der Mitarbeiter/ innen	
im gesamten Betrieb	
(ohne Auszubildende Praktikanten und	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Ansprechpartner/ in	
Ansprechpartner/ in Telefon / Mobil	
Ansprechpartner/ in E Mail Adresse	
Mein Betrieb hat eine Betriebsvereinbarung über die berufliche Weiterbildung bzw es gilt ein Tarifvertrag der betriebsbezogene berufliche Weiterbildung vorsieht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Informationen zum Beschäftigungsverhältnis des betreffenden Arbeitnehmers

Name des Arbeitnehmers	
Befristete Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja → wenn ja befristet bis _____ <input type="checkbox"/> nein
Beschäftigung auf Helferebene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bezug von Kurzarbeitergeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bezug von Transferkurzarbeitergeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Informationen zu besonderen Weiterbildungsbedarfen

Entsprechen die beruflichen Kompetenzen von mind. 20% (bei Betrieben mit mind. 10 und weniger als 250 Beschäftigten 10%) der Beschäftigten Ihres Betriebes ganz oder teilweise nicht mehr den betrieblichen Anforderungen?

- trifft zu
 trifft nicht zu

falls nicht zutreffend weiter mit Informationen zur geplanten Qualifizierung

falls zutreffend

Wie viele Arbeitnehmerinnen und in Ihrem Betrieb beschäftigt?

<Anzahl>

*(Bitte genaue Anzahl der Beschäftigten zu Beginn der Maßnahme ohne Auszubildende
Praktikanten geringfügig Beschäftigte angeben)*

Wie viele der Beschäftigten verfügen über berufliche Kompetenzen, die ganz oder teilweise nicht mehr den betrieblichen Anforderungen entsprechen?

<Anzahl>

Bitte skizzieren Sie kurz die fehlenden beruflichen Kompetenzen Ihrer Beschäftigten, die den betrieblichen Anforderungen nicht entsprechen.

<Freitext>

Informationen zur geplanten Qualifizierung des betreffenden Arbeitnehmers

Mein/e Mitarbeiter/ in soll an folgender
Qualifizierung teilnehmen

Der Bildungsgutschein wird bei folgendem
Weiterbildungsträger eingelöst

Die Qualifizierung hat eine Gesamtunterrichts-
dauer von

Hinweise zum Datenschutz

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben und die Kenntnisnahme der Hinweise zum Datenschutz unter <https://www.arbeitsagentur.de/datenerhebung>. Insbesondere erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit der Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten zum Zwecke der Abklärung bestehender Fördermöglichkeiten durch die Bundesagentur für Arbeit einverstanden sind.

Ort Datum

Unterschrift Arbeitgeber Firmenstempel