



2

# Antrag auf Erstattung der Beitragsaufwendungen für Menschen mit Behinderungen

Zweites Buch Sozialgesetzbuch - SGB II



**Hinweis** Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen.  
Pflichtfelder sind mit Stern\* markiert.

## A. Angaben zur Einrichtung beziehungsweise zum Unternehmen

1 Antragssteller - Bezeichnung der Einrichtung

2 Straße

3 Hausnummer

4 Postleitzahl

5 Ort

Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:

6 Name

7 Telefonnummer

## B. Bankverbindung

8 Kreditinstitut

9 BIC

10 IBAN

## C. Angaben zur Arbeitnehmerin beziehungsweise zum Arbeitnehmer für den die Leistungen beantragt werden

11 Vorname

12 Nachname

13 **Kundennummer\***

14 Geburtsdatum - TT.MM.JJJJ

## D. Erstattung der Beitragsaufwendungen

15 Ich/wir beantrage/n für die Obengenannte oder den Obengenannten die Erstattung der Beitragsaufwendung zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als rehaspezifische Weiterbildungsmaßnahme gemäß § 16 Absatz 1 Satz 3 SGB II in Verbindung mit § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1b SGB III (§ 5 Absatz 1 Nummer 6 SGB V, § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB XI, § 1 Satz 1 Nummer 3 SGB VI).

16 Dabei handelt es sich um

einen Erstantrag

eine Änderungsmitteilung - weiter mit 23



\*S1\*

Dauer der Maßnahme:

17 von - TT.MM.JJJJ

18 bis - TT.MM.JJJJ

19 Erster Tag der Teilnahme - TT.MM.JJJJ

**Hinweis**

Die Erstattung erfolgt monatlich nachträglich bis zum Ende der Maßnahme. Bitte geben Sie den Betrag für einen vollen Monat an.

20 Monatlicher Erstattungsbetrag - in Euro

21 Bereits feststehende Änderungen ab - TT.MM.JJJJ

22 Höhe der Änderungen in Euro - weiter bei E.

23 Grund der Änderungsmitteilung

24 Die Änderung bezieht sich auf

eine Minderung oder Erhöhung des Beitragssatzes

eine Änderung der monatlichen Bezugsgröße - § 18 SGB IV

sonstiges - bitte angeben

25 Monatlicher Erstattungsbetrag - in Euro

26 Änderungsbeginn ab - TT.MM.JJJJ

## E. Erklärung und Unterschrift

Die Einrichtung verpflichtet sich,

27 die Arbeitgeberpflichten zu erfüllen, einschließlich der Meldepflicht und der Pflicht zur Abführung der Beiträge.

28 zu Unrecht erhaltene Beträge zu erstatten.

29 eine stichprobenweise Prüfung, ob die Voraussetzungen für eine Erstattung vorliegen, durch das Jobcenter zuzulassen.

30 die Tabelle der abgestimmten Werte der Sozialversicherung zu berücksichtigen.

31 jede Änderung, die Einfluss auf die Höhe der Erstattung hat, dem Jobcenter unverzüglich mitzuteilen. Die Änderung der Bezugsgröße - § 18 SGB IV - oder des Beitragssatzes ist dem Jobcenter nur anzuzeigen, wenn der Erstattungsbetrag nicht der Tabelle der abgestimmten Werte der Sozialversicherung entspricht.



**Hinweis** Bei elektronischer Antragstellung über Ihren Online-Zugang ist eine Unterschrift nicht erforderlich.

32 Ort

33 Datum

34 Unterschrift und Stempel des Unternehmens oder der Einrichtung



\*S2\*