



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 Kundennummer-Betrieb

3 Straße

4 Hausnummer

5 Postleitzahl

6 Ort

Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:

7 Name

8 Telefonnummer

B. Bankverbindung

9 Kreditinstitut

10 BIC

11 IBAN

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

12 Vorname

13 Nachname

14 **Kundennummer***

15 Geburtsdatum - TT.MM.JJJJ

D. Erstattung der Beitragsaufwendungen

16 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).

17 Dabei handelt es sich um

einen Erstantrag

eine Änderungsmitteilung - weiter mit 24



S1

DOC-UUID

BA SGB II R 195 - 09/2022

Seite 1 von 2

Dauer der Maßnahme:

18 von - TT.MM.JJJJ

19 bis - TT.MM.JJJJ

20 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.

21 Monatlicher Erstattungsbetrag - in Euro

22 Bereits feststehende Änderungen ab - TT.MM.JJJJ

23 Höhe der Änderungen in Euro - weiter bei E.

24 Grund der Änderungsmitteilung

25 Die Änderung bezieht sich auf

eine Minderung oder Erhöhung des Beitragssatzes

eine Änderung der monatlichen Bezugsgröße - § 18 SGB IV

sonstiges - bitte angeben

26 Monatlicher Erstattungsbetrag - in Euro

27 Änderungsbeginn ab - TT.MM.JJJJ

E. Erklärung und Unterschrift

Die Einrichtung verpflichtet sich,

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

29 zu Unrecht erhaltene Beträge zu erstatten.

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

31 die Tabelle der abgestimmten Werte der Sozialversicherung zu berücksichtigen.

32 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.

33 Ort

34 Datum

35 Unterschrift und Stempel des Unternehmens oder der Einrichtung



S2