



3



# Antrag auf Erstattung der Beitragsaufwendungen für Menschen mit Behinderungen

Drittes Buch Sozialgesetzbuch - SGB III



**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



\*S1\*

## D. Erstattung der Beitragsaufwendungen

16 Für welche Beitragsaufwendungen beantragen Sie eine Erstattung?

Für eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme oder eine außerbetriebliche Umschulung ohne die Erfüllung der Eigenschaft des Jugendlichen. Die Versicherungspflicht besteht in der KV/PV/RV nach § 5 Absatz 1 Nr. 6 SGB V, § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI und nach § 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI.

Für eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme oder eine außerbetriebliche Umschulung mit der Erfüllung der Eigenschaft des Jugendlichen. Die Versicherungspflicht besteht in der KV/PV/RV/ALV nach § 5 Absatz 1 Nr. 6 SGB V, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI, § 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI und nach § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB III.

Für eine außerbetriebliche Ausbildung. Die Versicherungspflicht besteht nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI, § 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI und nach § 25 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB III.

Für das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einem anderen Leistungsanbieter. Die Versicherungspflicht besteht nach § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB XI und nach § 1 Satz 1 Nr. 2a) SGB VI.

## E. Angaben zur Maßnahme



### Hinweis

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

Geplante Dauer der Maßnahme:

17 Monatlicher Erstattungsbetrag - in Euro

18 vom - TT.MM.JJJJ

19 bis - TT.MM.JJJJ

20 Erster Tag der Teilnahme - TT.MM.JJJJ

## F. Erklärung und Unterschrift

Die Einrichtung verpflichtet sich,

- 21 die Arbeitgeberpflichten zu erfüllen, einschließlich der Meldepflicht und der Pflicht zur Abführung der Beiträge.
- 22 zu Unrecht erhaltene Beträge zu erstatten.
- 23 eine stichprobenweise Prüfung, ob die Voraussetzungen für eine Erstattung vorliegen, durch die Agentur für Arbeit zuzulassen.
- 24 die Tabelle der abgestimmten Werte der Sozialversicherung zu berücksichtigen.
- 25 jede Änderung, die Einfluss auf die Höhe der Erstattung hat, der Agentur für Arbeit unverzüglich mitzuteilen. Die Änderung der Bezugsgröße - § 18 SGB IV - oder des Beitragssatzes ist der Agentur für Arbeit 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.

26 Ort

27 Datum

28 Unterschrift und Stempel des Unternehmens oder der Einrichtung



\*S2\*