



3



# Antrag auf Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen

Nach § 110 SGB III



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

## Postanschrift Agentur für Arbeit

1 Postleitzahl, Ort\*

## Angaben zum Betrieb

2 Betriebsnummer\*

3 Name inkl. Rechtsform\*

4 Anschrift\*

## Ansprechpartner/in zum Betrieb

5 Vorname\*

6 Nachname\*

7 Telefon\*

8 Fax

9 E-Mail\*

10 Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen nach § 110 SGB III für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Betriebes (Bitte Name des Betriebes eintragen)\*

11 Die Verhandlungen über einen Interessenausgleich/Sozialplan wurden aufgenommen am (TT.MM.JJJJ)\*

12 Der Interessenausgleich/Sozialplan wurde unterschrieben am (TT.MM.JJJJ)\*

13 Die nach § 110 Abs. 1 Nr. 1 SGB III vorgeschriebene Beratung durch die Agentur für Arbeit für die oben angeführten Interessenausgleichs-/Sozialplanverhandlungen erfolgte am (TT.MM.JJJJ)\*

14 Die kalkulierten Gesamtkosten der Maßnahmen betragen in € (siehe beigefügte Projektkalkulation)\*

15 Hiervon beantrage(n) ich/wir einen Zuschuss gemäß § 110 SGB III in Höhe von in €\*

Den Zuschuss bitte(n) ich/wir auf folgendes Konto zu überweisen\*

16 IBAN\*

17 BIC

18 Kreditinstitut\*



\*S1\*

## Angaben zur Betriebsänderung

19 Anzahl der zurzeit beschäftigten Arbeitnehmer/innen\*

20 Art der Betriebsänderung\*

Betriebseinschränkung      Stilllegung      Teilstilllegung      Sonstige Betriebsänderung

21 Anzahl der durch die Betriebsänderung von Personalanpassungsmaßnahmen betroffenen Arbeitnehmer/innen\*

22 Abschluss einer Vereinbarung zur Betriebsänderung und Durchführung von Transfermaßnahmen\*

Sozialplan      sozialplanähnliche Vereinbarung      sonstige(r) Vereinbarung/Vertrag

## Eckdaten der Maßnahme (Inhalt und Leistungen siehe beigefügte Unterlagen)

23 Beginn (TT.MM.JJJJ)\*

24 Ende (TT.MM.JJJJ)\*

25 Gesamttag\*  
Gesamttag

26 Teilnehmer/innen\*

## Gesamtfinanzierung gemäß beigefügte Projektkalkulation in €

27 Gesamtkosten in €\*

28 Zuschuss nach § 110 SGB III in €\*

29 Eigenmittel in €\*

30 Finanzielle Beteiligung Dritter in €\*

## Mit der Durchführung der Maßnahme habe(n) ich/wir folgendes Unternehmen beauftragt

31 Name\*

32 Anschrift\*

33 Telefon\*

34 Fax\*

35 E-Mail\*

36 Ansprechpartner/in Vorname\*

37 Ansprechpartner/in Nachname\*

### Ich/Wir erkläre(n), dass

- sich aus der unter 22 genannten Vereinbarung ein Anspruch der von der Betriebsänderung betroffenen Arbeitnehmer/innen gegen mich/uns ergibt, die Teilnahme an einer von Dritten (Träger) durchzuführenden Maßnahme unter meiner/ unserer angemessenen Kostenbeteiligung zu fördern,
- die betroffenen Arbeitnehmer/innen infolge geplanter Betriebsänderung von Arbeitslosigkeit bedroht sind,
- die Maßnahme von einem Dritten durchgeführt wird,
- ein System zur Sicherung der Qualität der Maßnahme Anwendung findet,
- die vorgesehene Eigenbeteiligung zur Verfügung steht,
- die Durchführung der Maßnahme gesichert ist. Eine Bestätigung des Trägers, dass die notwendigen Voraussetzungen in räumlicher und personeller Hinsicht vorliegen und bis zum Ende der geplanten Eingliederungsmaßnahme aufrechterhalten werden, ist beigefügt,
- die Maßnahme nicht überwiegend betrieblichen Interessen dient (z.B. Ausbildung für den eigenen Betrieb oder Konzern) und der Arbeitgeber durch die Förderung nicht von bestehenden Verpflichtungen entlastet wird.

### Ich/Wir habe(n) von folgenden Unterlagen Kenntnis genommen

Auszug aus dem SGB III - §§ 38, 110, 320 Abs. 4a, 321 Ziff. 3, 325 Abs. 5, 327 Abs. 1 und Abs. 3

38 Sonstige Unterlagen, von denen ich/wir Kenntnis genommen haben.



\*S2\*

### Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns

- a) die betroffenen Arbeitnehmer/innen darauf hinzuweisen, dass sie sich bei einer Agentur für Arbeit arbeitsuchend melden sollen.
- (Soweit nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht ein Arbeitsverhältnis zu einer Transfergesellschaft begründet wird, sind die Arbeitnehmer/innen verpflichtet, sich spätestens 3 Monate vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei der Agentur für Arbeit persönlich arbeitsuchend zu melden. Bei sich anschließendem TransferKug-Bezug ist die Arbeitsuchendmeldung vor Übertritt in die betriebsorganisatorisch eigenständige Einheit (beE) persönliche Anspruchsvoraussetzung!)
- b) die Ergebnisse der Maßnahme zur Feststellung der Eingliederungsaussichten der Agentur für Arbeit unverzüglich nach Abschluss dieser Maßnahme zur Verfügung zu stellen,  
durch elektronische Datenerfassung des Bewerberprofils in VerBIS bzw.  
alternativ im Ausnahmefall anhand des vorgegebenen Profilingbogens
- c) vorliegende Kenntnisse über den Erfolg der Maßnahme (Ergebnis der Maßnahme, Verbleib der Teilnehmer/innen 6 Monate nach Maßnahmeende) in einem Erfahrungsbericht darzustellen und der Agentur für Arbeit zu übersenden,
- d) jede entscheidungsrelevante Änderung bei der Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen mitzuteilen,
- e) Rechnungsbelege und Zahlungsnachweise über die entstandenen Maßnahmekosten zügig vorzulegen und
- f) die Maßnahmebelege mindestens 10 Jahre nach Ablauf der Förderungsdauer für Prüfzwecke aufzubewahren.

### Unterschrift Antragsteller/in

39 Ort

40 Datum

41 Unterschrift, Firmenstempel

### Unterschrift Betriebsvertretung

42 Ort

43 Datum

44 Unterschrift

## Anlagen zum Antrag (zur Bearbeitung erforderlich)

Name der Anlage	ist beigefügt	wird nachgereicht	bereits eingereicht
Interessenausgleich/Sozialplan oder sozialplanähnliche Vereinbarung			
Personalanpassungskonzept			
Projektkalkulation			
Teilnehmerliste			
Vereinbarung zur Betriebsänderung und Durchführung von Transfermaßnahmen			
Maßnahmekonzeption			
Erklärung des Trägers (Nr. 8f)			
Zertifikat über Trägerzulassung			
Sonstige Unterlagen			



\*S3\*