



3

**Bundesagentur für Arbeit**

Antrag auf Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen

Nach § 110 SGB III



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

A. Postanschrift Agentur für Arbeit

1 Postleitzahl* 2 Ort*

B. Angaben zum Betrieb

3 Betriebsnummer*

4 Name und Rechtsform*

5 Straße*

6 Hausnummer

7 Postleitzahl*

8 Ort*

Ansprechperson zum Betrieb

9 Vorname*

10 Nachname*

11 Telefon

12 E-Mail

13 Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen nach § 110 SGB III für die Mitarbeitenden des folgenden Betriebes*

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

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

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

17 Die kalkulierten Gesamtkosten der Maßnahmen betragen in Euro (siehe beigefügte Projektkalkulation)*

18 Hiervon beantrage(n) ich/wir einen Zuschuss gemäß § 110 SGB III in Höhe von in Euro*

Bitte den Zuschuss auf folgendes Konto überweisen*

19 IBAN*

20 Kreditinstitut*



S1

C. Angaben zur Betriebsänderung

21 Anzahl der zurzeit beschäftigten Arbeitnehmenden*

22 Art der Betriebsänderung*

Betriebseinschränkung Stilllegung Teilstilllegung Sonstige Betriebsänderung

23 Anzahl der durch die Betriebsänderung von Personalanpassungsmaßnahmen betroffenen Arbeitnehmenden*

24 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)

25 Beginn (TT.MM.JJJJ)* 26 Ende (TT.MM.JJJJ)* 27 Gesamttag* 28 Teilnehmende*

Gesamtfinanzierung gemäß beigefügte Projektkalkulation in Euro

29 Gesamtkosten in Euro* 30 Zuschuss nach § 110 SGB III in Euro*

31 Eigenmittel in Euro* 32 Finanzielle Beteiligung Dritter in Euro*

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

33 Name*

34 Straße* 35 Hausnummer 36 Postleitzahl* 37 Ort*

38 Telefon 39 E-Mail

40 Vorname der Ansprechperson* 41 Nachname der Ansprechperson*

Ich/Wir erkläre(n), dass

- a) sich aus der unter 24 genannten Vereinbarung ein Anspruch der von der Betriebsänderung betroffenen Arbeitnehmenden gegen mich/uns ergibt, die Teilnahme an einer von Dritten (Träger) durchzuführenden Maßnahme unter meiner/unserer angemessenen Kostenbeteiligung zu fördern,
- b) die betroffenen Arbeitnehmenden infolge geplanter Betriebsänderung von Arbeitslosigkeit bedroht sind,
- c) die Maßnahme von einem Dritten durchgeführt wird,
- d) ein System zur Sicherung der Qualität der Maßnahme Anwendung findet,
- e) die vorgesehene Eigenbeteiligung zur Verfügung steht,
- f) 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,
- g) die Maßnahme nicht überwiegend betrieblichen Interessen dient (zum Beispiel 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

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



S2

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns

- a) die betroffenen Arbeitnehmenden 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 Arbeitnehmenden 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 beziehungsweise
 - alternativ im Ausnahmefall anhand des vorgegebenen Profilingbogens
- c) vorliegende Kenntnisse über den Erfolg der Maßnahme (Ergebnis der Maßnahme, Verbleib der Teilnehmenden 6 Monate nach Maßnahmende) 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 Maßnahmbelege mindestens 10 Jahre nach Ablauf der Förderungsdauer für Prüfzwecke aufzubewahren.

Unterschrift des Antragstellenden

43 Ort 44 Datum 45 Unterschrift

Unterschrift der Betriebsvertretung

46 Ort 47 Datum 48 Unterschrift

D. Anlagen zum Antrag (zur Bearbeitung erforderlich)

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



S3