



Zutreffendes bitte ankreuzen

## Antrag

nach § 12 Abs. 1 Altersteilzeitgesetz

### Vorabentscheidung

(nur für Altersteilzeit im Blockmodell)

**(AtG-)Kundennummer** \_\_\_\_\_

**Betriebsnummer** \_\_\_\_\_

(bitte Betriebsnummer immer angeben)

Wird von der Agentur für Arbeit ausgefüllt

Statistik \_\_\_\_\_

Wkl.-Nr. \_\_\_\_\_

A. Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller	
1.	Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers  <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Anschrift</span> <span>Telefon</span> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Ansprechpartnerin/Ansprechpartner</span> <span>Telefon</span> <span>E-mail</span> </div> <hr/>
2.	Bezeichnung und Anschrift des Betriebes  <hr/> falls abweichend, Anschrift der Lohnabrechnungsstelle  <hr/>
3.	Die Leistungen der Altersteilzeitarbeit (Aufstockungsbetrag, Beiträge zur Rentenversicherung) werden gezahlt aufgrund <input type="checkbox"/> tarifvertraglicher Regelung; Datum und Bezeichnung des Tarifvertrages  <hr/> <input type="checkbox"/> einer Betriebsvereinbarung <input type="checkbox"/> einer Regelung der Kirchen und der öffentlich-rechtlichen Religionsgesellschaften <input type="checkbox"/> einer Einzelvereinbarung mit der Arbeitnehmerin/dem Arbeitnehmer; Datum der Vereinbarung _____
<b>Erklärung:</b> Ich/Wir bestätige(n), dass die Angaben im Antrag nach bestem Wissen, sorgfältiger Prüfung und unter Beachtung der im Merkblatt 14 enthaltenen Hinweise gemacht wurden. Die/der in Altersteilzeitarbeit beschäftigte Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer wurde auf ihre/seine Mitwirkungspflichten nach § 11 hingewiesen.	
<hr/> Ort, Datum	<hr/> Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers

#### Anlagen

Bescheinigung des Rentenversicherungsträgers zur Vorlage bei der Agentur für Arbeit

Altersteilzeitvereinbarung

\_\_\_\_\_

Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers \_\_\_\_\_

Kunden-Nr. AtG \_\_\_\_\_

### B. Angaben zur geplanten Wiederbesetzung

1. Die Wiederbesetzung erfolgt voraussichtlich zum \_\_\_\_\_,  
mit einer/einem arbeitslos gemeldeten/ausgebildeten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer, Alg II-Bezieherin/  
Alg II-Bezieher

**Hinweis:**

Bei Wiederbesetzung in Kleinbetrieben mit einer Auszubildenden/einem Auszubildenden bitte

**Antrag 200** ausfüllen (zu Beginn der Arbeitsphase!)

### C. Angaben zu der/dem in Altersteilzeit beschäftigten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer

1. Familienname, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße)  
\_\_\_\_\_  
Kurzbeschreibung der Tätigkeit (Altersteilzeitarbeit)  
\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Ist die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer als schwerbehinderter Mensch (§ 2 Abs. 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch) anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen)  Ja  Nein
2. Rentenversicherungspflicht besteht in der  
 Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten  
 Knappschaftlichen Rentenversicherung  
 Krankenversicherungspflicht  
besteht bei \_\_\_\_\_  
 Freiwillige/private Krankenversicherung  
besteht bei \_\_\_\_\_  
 Es besteht Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung.
3. Altersteilzeitarbeit wurde vereinbart am \_\_\_\_\_ und zwar für die  
Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Ist die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer Inhaberin/Inhaber, Geschäftsführerin/Geschäftsführer oder  
Gesellschafterin/Gesellschafter des Unternehmens?  Ja  Nein
4. Unmittelbar vor Beginn der Altersteilzeit (siehe **Nr. 3**) betrug die zuletzt vereinbarte Arbeitszeit  
wöchentlich \_\_\_\_\_ Std.
5. In den letzten 24 Monaten vor Beginn der Altersteilzeitarbeit (siehe **Nr. 3**) betrug die vereinbarte  
wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt \_\_\_\_\_ Std.

Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers \_\_\_\_\_

Kunden-Nr. AtG \_\_\_\_\_

6.	Innerhalb der letzten 5 Jahre vor Beginn der Altersteilzeitarbeit (siehe Nr. 3) bestand eine versicherungspflichtige Beschäftigung (ggf. Zusatzblatt)	
	vom _____ bis _____	
	vom _____ bis _____	
	vom _____ bis _____	
	<b>Hinweis:</b> Beschäftigungszeiten bei anderen Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern dürfen nur eingetragen werden, wenn ein entsprechender Nachweis vorliegt; der Nachweis ist dem Antrag beizufügen.	
7.	Die für die Dauer der Altersteilzeitarbeit (siehe Nr. 3) vereinbarte Arbeitszeit (= die Hälfte der <b>bisherigen</b> wöchentlichen Arbeitszeit) beträgt	
	wöchentlich _____ Std.	
	<b>Hinweis:</b> Bisherige Arbeitszeit ist die unter <b>Nr. 4</b> genannte Arbeitszeit, höchstens jedoch die durchschnittliche Arbeitszeit der <b>Nr. 5</b> .	
8.	Verteilung der Arbeitszeit im Blockmodell:	
	Arbeitsphase _____	
	Freistellungsphase _____	
9.	Wird das Arbeitsentgelt für die Altersteilzeitarbeit und der Aufstockungsbetrag fortlaufend gezahlt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9.1	Wird das Regelarbeitsentgelt für die Altersteilzeitarbeit um mindestens 20 v.H. (brutto) aufgestockt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9.2	Werden zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<b>Wenn ja,</b>	
	<input type="checkbox"/> für 80 v. H. des Regelarbeitsentgelts (ggf. begrenzt auf 90 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze).	
	<input type="checkbox"/> Es entstehen Aufwendungen zur Altersversorgung, die den Beiträgen zur Rentenversicherung vergleichbar sind.	
	Aufwendungen werden entrichtet an _____	
10.	Werden bei Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende der Entgeltfortzahlung die unter Nr. 9.1 und 9.2 genannten Aufstockungsbeträge auch für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit geleistet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11.	Die/der in Altersteilzeitarbeit beschäftigte Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer erfüllt <b>dem Grunde nach</b> die Voraussetzungen für eine der nachfolgend genannten Altersrenten oder für eine vergleichbare Leistung:	
11.1	<input type="checkbox"/> Anspruch auf ungeminderte Altersrente für langjährig Versicherte (§ 236 SGB VI), für schwerbehinderte Menschen (§ 236a SGB VI) wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit (§ 237 SGB VI), für Frauen (§ 237a SGB VI), für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute (§ 40 SGB VI) bzw.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	ab _____ Art der Leistung _____	

Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers \_\_\_\_\_

Kunden-Nr. AtG \_\_\_\_\_

11.2  Anspruch auf eine der Altersrente vergleichbare Leistung einer Versicherungs-, Versorgungseinrichtung oder eines Versicherungsunternehmens  Ja  Nein

ab \_\_\_\_\_ Art der Leistung \_\_\_\_\_

11.3 Bezieht die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer eine der unter Nr. 11.1 oder 11.2 aufgeführten Leistungen, eine der Altersrente vergleichbare Leistung öffentlich-rechtlicher Art (z.B. ausländische Rente) oder eine Knappschaftsausgleichsleistung? Oder hat die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer eine solche Leistung beantragt?  Ja  Nein

Wenn ja, Art und Beginn der Rente/Leistung

\_\_\_\_\_

**Hinweis:**

Der Anspruch auf Leistungen nach § 4 erlischt in jedem Fall, wenn die Arbeitnehmer/der Arbeitnehmer eine der unter Nr. 11 genannten Renten oder eine vergleichbare Leistung tatsächlich bezieht. Das gilt auch für eine Rente, die wegen vorzeitiger Inanspruchnahme gemindert ist. Die (künftige) Beantragung sowie der Bezug einer leistungsausschließenden Rente/vergleichbaren Leistung ist daher der Agentur für Arbeit unverzüglich mitzuteilen.

Raum für sonstige Eintragungen: