AtG 400

3

Bundesagentur für Arbeit

A n t r a g nach § 12 Abs. 1 des AtG

Zuständigkeit

(AtG-)Kundennummer _____

Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller			
1.	Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers		
	Anschrift		Telefon
	Ansprechpartnerin/Ansprechpartner	Telefon	E-mail
2.	Ich bitte um Anerkennung der zentralen Zuständigkeit der Agentur für Arbeit für die Bearbeitung und Entscheidung der Anträge auf Anerkennung der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach § 4 Altersteilzeitgesetz. Dieser Antrag gilt auch künftig für alle Anträge auf Anerkennung der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach § 4 Altersteilzeitgesetz. Begründung:		

Ort, Datum

Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers