



(AtG-)Kundennummer: \_\_\_\_\_

Betriebsnummer: \_\_\_\_\_

(bitte Kunden- und Betriebsnummer immer angeben und Zutreffendes ankreuzen!)

**Antrag**

auf Wiederbewilligung (§ 5 Abs. 2 Altersteilzeitgesetz) bei **Unterbrechung** der Wiederbesetzung/Beschäftigung einer/ eines Auszubildenden **3 Monate oder länger**.

**Bitte reichen Sie den Antrag spätestens innerhalb von 3 Monaten nach erneutem Vorliegen der Fördervoraussetzungen bei der Agentur für Arbeit ein; wird er danach gestellt, können Leistungen erst ab dem Monat der Antragstellung erbracht werden.**

**Mitteilung**

über die erneute Wiederbesetzung/Beschäftigung einer/ eines Auszubildenden bei **Unterbrechung** der Wiederbesetzung **von weniger als 3 Monaten** (§ 5 Abs. 2 Altersteilzeitgesetz).

Die Agentur für Arbeit benötigt die Angaben für die Beurteilung Ihres Anspruchs auf Leistungen nach § 4 des Altersteilzeitgesetzes; Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch.

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.	Angaben zu der/dem in Altersteilzeit beschäftigten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer Name, Vorname der/des in Altersteilzeit beschäftigten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmers <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Kurzbezeichnung der Tätigkeit</span> <span>Übergang in Altersteilzeit am _____</span> </div> <hr/>
3.	Angaben zum bisherigen Wiederbesetzer Name, Vorname der/des bisherigen Wiederbesetzerin/Wiederbesetzers <hr/> Die/Der Wiederbesetzerin/Wiederbesetzer hat den Arbeitsplatz freigemacht am _____
<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.	
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Ort, Datum	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers

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

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

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

### B. Angaben zur erneuten Wiederbesetzung

1. **Name, Vorname** \_\_\_\_\_  
**Anschrift** \_\_\_\_\_

1.2 **Versicherungsnummer** \_\_\_\_\_

2. Die Wiederbesetzung erfolgt(e) mit einer/einem **arbeitslos gemeldeten Arbeitnehmerin/ Arbeitnehmer/ Alg II-Bezieherin/-Bezieher** Bitte noch Ziffern 4 und 5 ausfüllen!

2.1 Agentur für Arbeit \_\_\_\_\_

2.2 Kundennummer \_\_\_\_\_

3. Die Wiederbesetzung erfolgt(e) mit einer/einem **Ausgebildeten** Bitte noch Ziffern 4 und 5 ausfüllen!

3.1 Die Ausbildung wurde erfolgreich abgeschlossen  Ja  Nein

**Wenn ja**, am \_\_\_\_\_

Die Ausbildung dauerte vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

mit dem Abschluss \_\_\_\_\_

**Wenn nein**, die Abschlussprüfung wurde endgültig nicht bestanden am: \_\_\_\_\_

4. Die Wiederbesetzung erfolgt(e) mit einer/einem **arbeitslos gemeldeten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer/ Alg II-Bezieherin/-Bezieher/ Ausgebildeten** am \_\_\_\_\_

auf dem freigemachten/freierwerdenden (Teil-)Arbeitsplatz

auf einem durch Umsetzung freigewordenen/freierwerdenden (Teil-)Arbeitsplatz, auf den Platz des Altersteilzeigers wird

Herr/Frau \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ nachrücken.

im **Funktionsbereich:** \_\_\_\_\_

Auf den Platz des Altersteilzeigers im **Funktionsbereich:** \_\_\_\_\_

wird Herr/Frau \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ nachrücken.

in einem **Kleinunternehmen** mit i. d. R. bis zu 50 Beschäftigten (Anlage AtG 200.A ausfüllen)

in der **eigenständigen Organisationseinheit** \_\_\_\_\_  
mit i. d. R. bis zu 50 Beschäftigten innerhalb eines Betriebs/Funktionsbereichs (bitte Anlage AtG 200.A ausfüllen)

5. Die/der arbeitslos gemeldete Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer/ Alg II-Bezieherin/-Bezieher/ Ausgebildete wird versicherungspflichtig beschäftigt mit

5.1 einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von \_\_\_\_\_ Stunden

Kurzbeschreibung der Tätigkeit \_\_\_\_\_

5.2 Wird durch die/den Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer ein weiterer (Teil-)Arbeitsplatz wiederbesetzt?  Ja  Nein

**Wenn ja**, bitte (AtG-)Kundennummer angeben: \_\_\_\_\_

6. Die Wiederbesetzungspflicht wird in einem **Kleinunternehmen** mit i. d. R. bis zu 50 Beschäftigten durch die versicherungspflichtige Beschäftigung einer/eines **Auszubildenden** erfüllt (bitte Anlage AtG 200.A ausfüllen)  Ja  Nein

6.1 Ausbildungsberuf \_\_\_\_\_

6.2 Dauer der Ausbildung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_