



Zutreffendes bitte ankreuzen

Ihr Zeichen \_\_\_\_\_

Ihre Nachricht vom \_\_\_\_\_

Mein Zeichen \_\_\_\_\_

(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

<b>Erklärung zur Gewährung von Leistungen nach § 4 Altersteilzeitgesetz (AtG) für die Altersteilzeitarbeitnehmerin/den Altersteilzeitarbeitnehmer</b>		
Name, Vorname der Altersteilzeitarbeitnehmerin/des Altersteilzeitarbeitnehmers	Telefon	
_____	_____	
für die Zeit vom _____ bis _____		
1. Die/der Altersteilzeitarbeitnehmer/in wurde für die gesamte Dauer des Altersteilzeitarbeitsverhältnisses sozialversicherungspflichtig beschäftigt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. An die/den in Altersteilzeitarbeit beschäftigten Arbeitnehmer/in wurden das Regelarbeitsentgelt und die Aufstockungsbeträge für die gesamte Dauer der Altersteilzeitvereinbarung gezahlt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Das Regelarbeitsentgelt hat sich im Förderzeitraum auf vertraglicher Grundlage nicht um mindestens 10 € verringert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Der/die Wiederbesetzer/in/innen wurde/n im gesamten Förderzeitraum sozialversicherungspflichtig beschäftigt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5. Die/der Auszubildende wurde ohne Unterbrechung im Förderzeitraum beschäftigt (nur bei Kleinunternehmen mit i.d.R. bis zu 50 Beschäftigten)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6. Es haben sich im Förderzeitraum keine Veränderungen in der Funktionalität des Arbeitsplatzes der/des in Altersteilzeitarbeit beschäftigten Arbeitnehmers/in ergeben bzw. der Arbeitsplatz ist nicht weggefallen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. Die/der in Altersteilzeitarbeit beschäftigte Arbeitnehmer/in hat keine Mehrarbeit geleistet, aus der ein Entgelt erzielt wurde, das die Geringfügigkeitsgrenze des § 8 SGB IV überschreitet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8. Die/der in Altersteilzeitarbeit beschäftigte Arbeitnehmer/in hat keine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt, aus der ein Einkommen erzielt wurde, das die Geringfügigkeitsgrenze des § 8 SGB IV überschreitet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Zu den mit "Nein" angekreuzten Punkten sind nähere Angaben auf einem gesonderten Blatt erforderlich!</b>		
<b>Bitte senden Sie diese Erklärung innerhalb von <u>2 Monaten</u> nach Ende des Förderzeitraumes an die für Sie zuständige Agentur für Arbeit zurück!</b>		
<b>Fügen Sie der Erklärung bitte für den/die Arbeitnehmer/in und den/die Wiederbesetzer/in jeweils den Verdienstnachweis für den letzten Monat der geförderten Altersteilzeit bei!</b>		
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.		
_____	_____	
Ort, Datum	Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers	