



3



Vollmacht einer beschäftigten Person im Rahmen der Beschäftigtenqualifizierung

Nach § 13 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)



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

A. Angaben zur beschäftigten Person

1 Vorname*

2 Nachname*

3 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*

4 Geburtsort*

5 Familienstand*

6 Straße*

7 Hausnummer

8 Postleitzahl*

9 Wohnort*

B. Angaben zum Unternehmen

10 Name des Betriebes/der Firma*

11 Rechtsform*

12 Straße*

13 Hausnummer

14 Postleitzahl*

15 Ort*

C. Umfang der Vollmacht

Es dürfen in meinem Namen Anträge im Rahmen der Förderung der beruflichen Weiterbildung (Beschäftigtenqualifizierung) bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden sowie Antragsunterlagen und Nachweise eingereicht werden.

16 Bitte machen Sie Angaben zur Befristung der Vollmacht.

Die Vollmacht ist unbefristet.

Die Vollmacht ist befristet bis (TT.MM.JJJJ)

D. Erklärung und Unterschrift

Mir ist bekannt, dass für eine individuelle Beratung zwischen meinem Arbeitgeber und dem Arbeitgeber-Service der Bundesagentur für Arbeit weiterführende Informationen zu meiner Person benötigt werden (siehe Seite 2 – Anlage zur Vollmacht im Rahmen der Beschäftigtenqualifizierung). Die mit * versehenen Informationen sind für eine konkrete Antragstellung unabdingbar. Die Vollmacht erteile ich freiwillig. Die Zulässigkeit der Datenverarbeitung folgt aus den §§ 67 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). Weitere Informationen sind über folgenden Pfad abrufbar: <https://www.arbeitsagentur.de/datenschutz/datenerhebung>

Mir ist bekannt, dass ich auch ohne eine Vollmacht die Informationen und Unterlagen im Rahmen der Förderung der beruflichen Weiterbildung selbst einreichen kann. Hierfür steht neben dem Postweg auch für [registrierte](#) Personen der eService Förderung der beruflichen Weiterbildung „[Dokumente übermitteln](#)“ zur Verfügung.

17 Ort*

18 Datum*

19 Name, Unterschrift*



S1

Anlage zur Vollmacht einer beschäftigten Person im Rahmen der Beschäftigtenqualifizierung

Nach § 82 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) in Verbindung mit § 16 Absatz 1 Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)

E. Weiterführende Angaben zur beschäftigten Person

20 Sozialversicherungsnummer*

21 Kundennummer beschäftigte Person (freiwillige Angabe)

i Hinweis Bei Betrieben mit weniger als 500 Beschäftigten sollen für schwerbehinderte Menschen bis zu 100 Prozent der Kosten übernommen werden.

22 Freiwillige Angabe zu einer Behinderung beziehungsweise einer Gleichstellung:

Ich habe einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 oder bin diesem gleichgestellt.

23 Haben Sie ein befristetes Arbeitsverhältnis?*

Ja Nein (weiter mit 25)

24 Bis wann ist Ihr Arbeitsverhältnis befristet?

bis (TT.MM.JJJJ)

25 Haben Sie eine befristete Arbeitserlaubnis?*

Ja Nein (weiter mit 27)

26 Bis wann ist Ihre Arbeitserlaubnis befristet?

bis (TT.MM.JJJJ)

27 Verfügen Sie über einen Berufsabschluss, für den nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften eine Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren festgelegt ist? Hierzu zählt auch der Abschluss an einem schulischen Erstausbildungsgang und ein akademischer Abschluss.*

Ja Nein (weiter mit 30)

28 Was ist Ihr erlerntes Berufsbild?

29 Wann haben Sie den Berufsabschluss erworben (TT.MM.JJJJ)?

30 Sind Sie derzeit in einer an- oder ungelernten Tätigkeit beschäftigt (nicht dem erlernten Beruf entsprechend)?*

Ja Nein

31 Haben Sie in den letzten zwei Jahren an einer nach dieser Vorschrift geförderten beruflichen Weiterbildung teilgenommen?*

Ja Nein

i Hinweis Sie können sich bei weiteren Fragen auch selbst in der Agentur für Arbeit beraten lassen. Diese ist unabhängig von der Beratung durch oder mit Ihrem Arbeitgeber möglich. Informationen und einen Link zur Kontaktaufnahme finden Sie unter:
<https://www.arbeitsagentur.de/karriere-und-weiterbildung/foerderung-berufliche-weiterbildung/foerderung-beschaeftigte>

Wichtig: Bitte lassen Sie die Seite 3 durch Ihren Arbeitgeber ausfüllen.



S2

(Bitte diese Seite durch Ihren Arbeitgeber ausfüllen lassen)

F. Weiterführende Angaben zum Unternehmen

Ansprechperson im Unternehmen

32 Vorname*

33 Nachname*

34 E-Mail

35 Telefonnummer

Bitte geben Sie an, wie viele sozialversicherungspflichtig beschäftigte Personen im Unternehmen angestellt sind.

Hinweis: Partnerunternehmen Ihres Betriebes beziehungsweise verbundene Unternehmen werden gesamtheitlich betrachtet.

Bei der Feststellung der Zahl der Beschäftigten bleiben Auszubildende und Praktikanten unberücksichtigt, Teilzeitkräfte werden wie folgt berücksichtigt:

Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit	Berücksichtigung mit Faktor
Mehr als 30 Stunden	1,00
Mehr als 20 bis zu 30 Stunden	0,75
Mehr als 10 bis zu 20 Stunden	0,50
Bis zu 10 Stunden	0,25

36 Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Personen*

37 Wurde für die beschäftigte Person Kurzarbeitergeld beantragt oder wird dies bezogen?*

Ja

Nein

38 Wurde für die beschäftigte Person ein Eingliederungszuschuss beantragt oder wird dieser bezogen?*

Ja

Nein

G. Erklärung und Unterschrift

Ich verpflichte mich, eintretende Änderungen (zum Beispiel vorzeitige Beendigungen des Beschäftigungsverhältnisses) der Agentur für Arbeit unverzüglich mitzuteilen.

Ich versichere, dass meine Angaben zutreffen. Mir ist bekannt, dass Maßnahmen von einer Förderung ausgeschlossen sind, zu deren Durchführung ich aufgrund bundes- oder landesrechtlicher Regelungen verpflichtet bin. Ich erkläre hierzu, dass solche Verpflichtungen nicht bestehen.

Eine Unterschrift ist nicht erforderlich bei Nutzung der Upload-Funktion im angemeldeten Bereich unter:

<https://www.arbeitsagentur.de>

39 Ort*

40 Datum*

41 Name, Unterschrift (entfällt bei Upload im eService)



S3