



Weiterbildungsförderung Beschäftigter

Weiterbildung von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Unternehmen

Erhebungsbogen (Antragstellung) Beschäftigte für abschlussorientierte Weiterbildungen sowie Anpassungsqualifizierungen

Kundennummer: _____ <small>(falls bekannt)</small>	Org-Zeichen: _____ <small>(wird von Ihrer Agentur für Arbeit ausgefüllt)</small>
---	---

Persönliche Daten

Persönliche Informationen	
Vorname: _____	Renten-/Sozialversicherungsnummer: _____
Nachname: _____	_____
Geburtsdatum: _____	_____
Familienstand: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Geschlecht: _____	Zusätzliche Angaben ausländischer Arbeitnehmer (Bitte Kopie des Passes beifügen!) <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis befristet bis: _____ <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit gestattet
Geburtsname: _____	
Geburtsort: _____	
Kinder: _____ Anzahl der Kinder unter 15 Jahren: _____	

Kontaktinformationen

Straße und Hausnummer: _____	Land: _____
Postleitzahl, Ort: _____	
Mobilnummer: _____	
E-Mail-Adresse: _____	

Kundendaten

Ich habe gesundheitliche Einschränkungen, die sich auf mein aktuelles Beschäftigungsverhältnis auswirken.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grad der Behinderung <input type="checkbox"/> < 30 <input type="checkbox"/> 30 – 40 <input type="checkbox"/> 50 – 100 <small>(Bei Vorliegen eines Behinderungsgrades, bitte Kopie des Behindertenausweises oder Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> gleichgestellt
Ich habe einen Antrag auf berufliche Rehabilitation gestellt. <small>(Wenn ja, bei welchem Kostenträger?)</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Bescheid vor? <small>(Falls ja, bitte Kopie beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (Arbeitslosengeld 2)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie Kurzarbeitergeld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich wurde in den letzten 4 Jahren durch die Agentur für Arbeit gefördert: Wenn ja, Bezeichnung der Fortbildung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name Ihrer Krankenkasse: _____	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert

Schulbildung (höchster Bildungsabschluss)

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss | <input type="checkbox"/> Abschluss Förderschule | <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> erweit. Hauptschulab./Quali |
| <input type="checkbox"/> mittlere Reife | <input type="checkbox"/> Klasse 11 – 13 ohne Abschluss | <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> Fachabitur |
| <input type="checkbox"/> Abitur | <input type="checkbox"/> Hochschule ohne Abschluss | <input type="checkbox"/> Fachhochschule | <input type="checkbox"/> Berufsakademie |
| <input type="checkbox"/> Wissenschaftliche Hochschule/Universität | | | |

Berufliche Aus- und Weiterbildung

Diese Angabe ist **zwingend erforderlich**.

Bitte geben Sie alle absolvierten und/oder nicht abgeschlossenen Ausbildungen/berufliche Qualifikationen an.

Zeitraum		Ausbildungsstätte	Ausbildung als	Abschluss	
von Tag.Monat.Jahr	bis Tag.Monat.Jahr	(Institution bzw. Unternehmen, Ort)	(Bezeichnung)	Ja	Nein
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beruflicher Werdegang

Mindestens der letzten 7 Jahre – auch Zeiten ohne Erwerbstätigkeit.

Zeitraum		Beschäftigungsstelle	Tätigkeit als	Geringfügige Beschäftigung	
von Tag.Monat.Jahr	bis Tag.Monat.Jahr	(Name, Ort)	(Bezeichnung lt. Arbeitsvertrag und Tätigkeitsbeschreibung, ggf. Ausführungen auf gesonderten Blatt)	Ja	Nein
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seit mehr als 4 Jahren nicht mehr im erlernten Beruf tätig ja nein

Angaben zu Ihrem Profil: Führerschein

B BE C1 C1E C CE D

Ich versichere, dass meine Angaben zutreffen. Änderungen werde ich unverzüglich mitteilen.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer