

Weiterbildungsförderung Beschäftigter

Weiterbildung von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Unternehmen

Erhebungsbogen (Antragstellung) Beschäftigte für abschlussorientierte Weiterbildungen sowie Anpassungsqualifizierungen

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

Persönliche Daten

Persönliche Informationen

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

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 (Bei Vorliegen eines Behinderungsgrades, bitte Kopie des Behindertenausweises oder Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen)	<input type="checkbox"/> gleichgestellt
Ich habe einen Antrag auf berufliche Rehabilitation gestellt. (Wenn ja, bei welchem Kostenträger?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Bescheid vor? (Falls ja, bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II (Bürgergeld)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehen Sie Kurzarbeitergeld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich wurde in den letzten 2 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)

- ☐ kein Schulabschluss
 ☐ Abschluss Förderschule
 ☐ Hauptschulabschluss
 ☐ erweit. Hauptschulab./Quali
- ☐ mittlere Reife
 ☐ Klasse 11 – 13 ohne Abschluss
 ☐ Fachhochschulreife
 ☐ Fachabitur
- ☐ Abitur
 ☐ Hochschule ohne Abschluss
 ☐ Fachhochschule
 ☐ Berufsakademie
- ☐ 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