



## Weiterbildungsförderung Beschäftigter

Weiterbildung von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Unternehmen

### Erhebungsbogen (Antragstellung) Beschäftigte für abschlussorientierte Weiterbildungen sowie Anpassungsqualifizierungen

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

#### Persönliche Daten

##### Persönliche Informationen

Vorname: \_\_\_\_\_ **Renten-/Sozialversicherungsnummer:** \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Kinder: \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder unter 15 Jahren: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Zusätzliche Angaben ausländischer Arbeitnehmer  
(Bitte Kopie des Passes beifügen!)  
 Niederlassungserlaubnis  unbefristet  
 Aufenthaltserlaubnis befristet bis: \_\_\_\_\_  
 Duldung  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)

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss                      | <input type="checkbox"/> Abschluss Förderschule        | <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> erweit. Hauptschulab./Quali |
|   | <input type="checkbox"/> Klasse 11 – 13 ohne Abschluss | <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife  | <input type="checkbox"/> Fachabitur                  |
| <input type="checkbox"/> mittlere Reife                           | <input type="checkbox"/> Hochschule ohne Abschluss     | <input type="checkbox"/> Fachhochschule      | <input type="checkbox"/> Berufsakademie              |
| <input type="checkbox"/> Abitur                                   |  |  |  |
| <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 (Bezeichnung lt. Arbeitsvertrag und Tätigkeitsbeschreibung, ggf. Ausführungen auf gesonderten Blatt)	Geringfügige Beschäftigung	
von Tag.Monat.Jahr	bis Tag.Monat.Jahr	(Name, Ort)		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 <input type="checkbox"/> | BE <input type="checkbox"/> | C1 <input type="checkbox"/> | C1E <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | CE <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|

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

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer