



3



Schlussklärung zur Förderung von einzelnen Beschäftigten – Arbeitsentgeltzuschuss für weiterbildungsbedingte Ausfallzeiten

Nach § 82 Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)



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

A. Angaben zum Antrag

1 Die Schlussklärung bezieht sich auf den Antrag vom (TT.MM.JJJJ)

Bitte geben Sie die beschäftigte Person an, auf die sich die Schlussklärung bezieht.

2 Vorname beschäftigte Person*

3 Nachname beschäftigte Person*

4 Geburtsdatum

B. Angaben zum Betrieb

5 Betriebsbezeichnung*

6 Kundennummer*

7 Straße*

8 Hausnummer

9 Adresszusatz

10 Postleitzahl*

11 Betriebssitz / Betriebsort*

12 Betriebsnummer*

Abweichende personalverantwortlich leitende Stelle (nur auszufüllen falls vorhanden)

13 Bezeichnung personalverantwortliche Leitung und Ort

14 Betriebsnummer

15 Straße

16 Hausnummer

17 Adresszusatz

18 Postleitzahl

19 Ort

C. Abweichende Postanschrift zur Bescheiderteilung und Schriftverkehr

20 Empfangende Stelle

21 Straße

22 Hausnummer

23 Adresszusatz

24 Postleitzahl

25 Betriebssitz / Betriebsort



S1

D. Ansprechperson zum Betrieb

Keine Änderung zum Antrag

26 Titel

27 Vorname

28 Nachname*

29 Telefon

30 E-Mail

E. Geschäftskonto des beantragenden Unternehmens

Keine Änderung zum Antrag

31 IBAN (22-stellig)*

32 Verwendungszweck

F. Angaben zur Weiterbildung

Keine Änderung zum Antrag

Zeitraum der Weiterbildung

33 von (TT.MM.JJJJ)

34 bis (TT.MM.JJJJ)

35 Umfang in Zeitstunden (keine Unterrichtseinheiten)

36 Für die Durchführung der Weiterbildung sind folgende Schulungszeiten (Uhrzeiten) durchgeführt worden (Selbstlernzeiten sofern Anspruch auf Arbeitsentgelt gegeben)

Tage	Zeitraum 1 von (hh:mm)	Zeitraum 1 bis (hh:mm)	Zeitraum 2 von (hh:mm)	Zeitraum 2 bis (hh:mm)
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

G. Angaben zum Arbeitsvertrag

Keine Änderung zum Antrag

37 Bestand mit der beschäftigten Person über die Gesamtdauer der angestrebten Weiterbildung das sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnis fort?*

Ja

Nein



S2

38 Bitte benennen Sie den mit der beschäftigten Person vertraglich vereinbarten Arbeitszeitrahmen (Uhrzeiten zu denen die Arbeitsleistung erbracht wurde)*

Tag	Zeitraum 1 von (hh:mm)	Zeitraum 1 bis (hh:mm)	Zeitraum 2 von (hh:mm)	Zeitraum 2 bis (hh:mm)
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

39 Die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit betrug in Stunden:

pro Woche pro Monat Arbeitszeit in Stunden

40 Anzahl der Zeitstunden im gesamten Zeitraum der Weiterbildung, die die beschäftigte Person aufgrund der Teilnahme an der Weiterbildung unter Fortzahlung des Arbeitsentgelts freigestellt wurde.*

41 Das vertraglich vereinbarte sozialversicherungspflichtige Grundgehalt betrug in Euro:*

pro Stunde	pro Monat	Betrag in Euro
10	100	1000
20	200	2000
30	300	3000
40	400	4000
50	500	5000
60	600	6000
70	700	7000
80	800	8000
90	900	9000
100	1000	10000

42 Über das Grundgehalt hinaus wurden folgende sozialversicherungspflichtige Gehaltsbestandteile regelmäßig ausgezahlt (Einmalzahlungen wie beispielsweise ein Weihnachtsgeld bleiben unberücksichtigt):

pro Stunde pro Monat

Gehaltsbestandteil 1	Betrag in Euro
----------------------	----------------

Gehaltsbestandteil 2	Betrag in Euro
----------------------	----------------

Gehaltsbestandteil 3	Betrag in Euro
----------------------	----------------

H. Bemerkung

43 Raum für Mitteilungen

I. Unterschrift

44 Ort

45 Datum

46 Unterschrift (entfällt bei Nutzung eService)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.



Hinweis: Bei Nutzung unseres eService entfällt die Unterschrift. Diesen können Sie aufrufen unter <https://www.arbeitsagentur.de/unternehmen/finanziell/foerderung-von-weiterbildung/individuelle-foerderung>



S3