



Weiterbildungsförderung Beschäftigter

Weiterbildung von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Unternehmen nach §81 SGB III

Erhebungsbogen (Antragstellung) Beschäftigungsbetrieb für abschlussorientierte Weiterbildungen

Angaben zum Betrieb

Firma:	Betriebs-Nr.:
Anschrift:	
Ansprechpartner:	Telefon:
	E-Mail:

Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitarbeiter:

(Nicht zu berücksichtigen bei der Zahl der Beschäftigten eines Betriebes sind Auszubildende, Praktikanten und geringfügig Beschäftigte. Bei der Feststellung der Zahl der Beschäftigten sind Teilzeitbeschäftigte mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von nicht mehr als 10 Stunden mit 0,25, von nicht mehr als 20 Stunden mit 0,50 und von nicht mehr als 30 Stunden mit 0,75 zu berücksichtigen.)

Bei der Beurteilung der Betriebsgröße sind alle Betriebsstätten, Partnerunternehmen bzw. verbundene Unternehmen zu berücksichtigen. Ein Betrieb kann als verbunden angesehen werden, wenn er einem Konzern angehört und dadurch Zugang zu finanziellen und sonstigen Ressourcen hat, die Wettbewerber gleicher Größe nicht zur Verfügung stehen.

In unserem Unternehmen sind aktuell _____ Mitarbeiter beschäftigt

Angaben zum/zur Beschäftigten

Name / Vorname	Der/die Beschäftigte ist mit der Datenerhebung und Unterrichtung des Arbeitgebers einverstanden	
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Beschäftigung als:		
Beschäftigung auf Helferebene:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
SV-pflichtige Beschäftigung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wöchentliche Arbeitszeit:		
Arbeitszeitverteilung:		
Befristete Beschäftigung: Wenn ja, befristet bis:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitsentgelt:	<input type="checkbox"/> Std: _____ € <input type="checkbox"/> Monat: _____ €	

Wenn Umschulung zur Pflegefachkraft:

Helperlohn:

Ausbildungsvergütung:

1. Lehrjahr:
2. Lehrjahr:
3. Lehrjahr:

**Wenn Umschulung Pflegefachhelfer/in
benötigen wir eine Angabe zum geplanten
Endförderziel*:**

Pflegefachkraft

Pflegefachhelfer/in

Bezug von Kurzarbeitergeld: Wenn ja, ab:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bezug von Transfer-Kurzarbeitergeld: Wenn ja, ab:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zum Qualifizierungswunsch

Berufsbezeichnung:

Begründung der Notwendigkeit:

Bitte erläutern Sie ob es sich um eine Qualifizierung für Mitarbeiter handelt, deren Tätigkeiten durch Technologien ersetzt werden könnten bzw. in sonstiger Weise vom Strukturwandel betroffen sind.

Umschulungszeitraum

Freistellung des MA während der Qualifizierung unter Fortzahlung der Bezüge: (*kein Abbau von Überstunden oder Urlaub*)

ja nein

Geplanter Bildungsträger / Berufsschule - mit Anschrift:

Maßnahme und Träger/Schule müssen nach AZAV zertifiziert sein
(Bei betrieblicher Einzelumschulung sind Sie als Unternehmen der Bildungsträger)

Maßnahmennummer:
(wenn bekannt)

Maßnahmehort:
(wenn bekannt)

Hiermit wird versichert, dass der/die Beschäftigte **in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis** mit uns steht.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

*Ist im Anschluss an die einjährige Umschulung zum/zur Pflegefachhelfer/in die Umschulung zur Pflegefachkraft geplant, dann ist die Pflegefachkraft das Endförderziel. Wenn nur der/die Pflegefachhelfer/in absolviert werden soll, ist Pflegefachhelfer/in das Endförderziel.