



Weiterbildungsförderung Beschäftigter

Weiterbildung von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Unternehmen
nach §81 SGB III

Erhebungsbogen (Antragstellung) Arbeitgeber

Angaben zum Betrieb	
Firma:	Betriebs-Nr.:
Anschrift:	
Ansprechpartner:	Telefon:
	E-Mail-Adresse:
<p>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.</p> <p>In unserem Unternehmen sind aktuell _____ Mitarbeiter beschäftigt</p>	
Angaben zum/zur Beschäftigten	
Name / Vorname des/der Beschäftigten	Geburtsdatum: des/der Beschäftigten
Der/die Beschäftigte ist mit der Datenerhebung und Unterrichtung des Arbeitgebers einverstanden	<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 Ausbildung/Umschulung zur Pflegefachkraft:	Helferlohn: Ausbildungsvergütung: 1. Lehrjahr: 2. Lehrjahr: 3. Lehrjahr:
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: <i>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.</i>	
Umschulungszeitraum:	Beginn: Ende:
Freistellung des MA während der Qualifizierung unter Fortzahlung der Bezüge (kein Abbau von Überstunden oder Urlaub)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Externenprüfung oder Umschulung zur Pflegefachkraft, bitte folgende Informationen ergänzen:	
Geplanter Bildungsträger mit Anschrift: <small>Maßnahme und Träger müssen nach AZAV zertifiziert sein</small>	
Maßnahme-Nr.:	Maßnahme-Ort:

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

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Datum