



Weiterbildungsförderung Beschäftigter

Weiterbildung von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Unternehmen nach §81 und § 82 SGB III

Angaben zum Betrieb	
Firma:	Betriebs-Nr.:
Anschrift:	
Ansprechpartner:	Telefon:
	E-Mail-Adresse:
Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitarbeiter: <small>(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.</small>	
In unserem Unternehmen sind aktuell _____ Mitarbeiter beschäftigt	
Angaben zum/zur Beschäftigten	
Name / Vorname des/der Beschäftigte/n	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 Qualifizierungswunsch	
Berufsbezeichnung/Weiterbildungsbezeichnung:	
Begründung der Notwendigkeit: <small>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.</small>	
Bildungsträger: Maßnahmenummer (wenn bekannt):	Beginn: Ende:

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

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers