

Beruflicher Werdegang (der letzten 7 Jahre, auch Zeiten ohne Erwerbstätigkeit), ggf. auf separatem Blatt ergänzen		
von ... bis ... (Tag Monat Jahr)	Arbeitgeber (Firma, Ort, Branche)	Tätigkeit als

Hinweise zum Datenschutz

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben und dass Sie die Hinweise zum Datenschutz unter <https://www.arbeitsagentur.de/datenerhebung> zur Kenntnis genommen haben. Insbesondere erklären Sie mit ihrer Unterschrift, dass Sie mit der Übermittlung und Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten zum Zwecke der Abklärung bestehender Fördermöglichkeiten durch die Agentur für Arbeit einverstanden sind.



Datum

Unterschrift des Beschäftigten

Erhebungsbogen Arbeitgeber*in

Angaben zum Betrieb	
Firma:	Branche:
Anschrift:	
Ansprechpartner/in:	Telefon:
Anzahl sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter (Berechnung siehe Hinweis 1): <input type="checkbox"/> unter 50 Mitarbeiter <input type="checkbox"/> unter 500 Mitarbeiter <input type="checkbox"/> ab 500 Mitarbeiter	Betriebs-Nr. (falls bekannt):
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis	
Befristete Beschäftigung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, befristet bis:
Beschäftigung als:	Beschäftigung auf Helferebene: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
SV-pflichtige Beschäftigung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stunden/Woche:
Bezug von Kurzarbeitergeld: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ab:
Bezug von Transfer-Kurzarbeitergeld: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ab:
Bezug von Eingliederungszuschuss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ab:
Bezug von Leistungen Dritter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	ab:

Qualifizierungsvorschlag

Geplante Weiterbildung
Notwendige Qualifizierungsinhalte/-bedarfe _____ _____
Geplante Weiterbildungsdauer/-zeitraum: <input type="checkbox"/> Weiterbildung im Betrieb durch Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Weiterbildung im Betrieb durch Bildungsträger <input type="checkbox"/> Weiterbildung außerhalb des Betriebes durch Bildungsträger
Geplanter Bildungsträger (soweit bereits bekannt):
Anschrift:
Maßnahmenummer:
Maßnahmeort:
Wenn wir auf Grund des bestehenden Rechts die Weiterbildungskosten von max. 25%, 30%, 50%, 55%, 75 % bzw. 80% tragen, übernehmen Sie als Arbeitgeber den Rest der Kosten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird der/die Arbeitnehmer/in für die Qualifizierung unter Fortzahlung von Arbeitsentgelt freigestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind Sie nach bundes- oder landesrechtlichen Regelungen zu der Maßnahme verpflichtet?

ja nein

Wenn ja, nach welcher gesetzlichen Grundlage: _____

Mein Betrieb hat eine Betriebsvereinbarung über die berufliche Weiterbildung bzw. es gilt ein Tarifvertrag, der betriebsbezogene berufliche Weiterbildungen vorsieht.

ja

nein

Begründung der Fördernotwendigkeit für den/die Arbeitnehmer/in:

Hinweis 1: Berechnung Mitarbeiterzahl

Bei der Beurteilung der Betriebsgröße wird jeweils das Gesamtunternehmen betrachtet. Alle Partnerunternehmen bzw. verbundene Unternehmen sind zu berücksichtigen. Dabei werden Betriebe dann als verbunden angesehen, wenn sie einem Konzern angehören und dadurch Zugang zu finanziellen und sonstigen Ressourcen haben. Es sind sämtliche Beschäftigte des Unternehmens, dem Ihr Betrieb angehört, zu berücksichtigen. Ausgenommen sind Auszubildende, Praktikantinnen/Praktikanten und geringfügig Beschäftigte (z. B. Minijobber). Teilzeitbeschäftigte sind anteilig – je nach Umfang ihrer wöchentlichen Arbeitszeit - zu berücksichtigen:

Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit	Berücksichtigung mit
Bis zu 10 Stunden	0,25
Bis zu 20 Stunden	0,50
Bis zu 30 Stunden	0,75

Hinweis 2: Datenschutz

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben und dass Sie die Hinweise zum Datenschutz unter <https://www.arbeitsagentur.de/datenerhebung> zur Kenntnis genommen haben. Insbesondere erklären Sie mit ihrer Unterschrift, dass Sie mit der Übermittlung und Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten zum Zwecke der Abklärung bestehender Fördermöglichkeiten durch die Agentur für Arbeit einverstanden sind.

Datum

Stempel des Arbeitgebers

Unterschrift des Arbeitgebers