

Arbeitnehmer (Name, Vorname, Anschrift)
Geburtsdatum:

Bitte in Druckschrift ausfüllen und zutreffendes ankreuzen

Den Antrag senden Sie bitte an:

Landkreis Eichsfeld
Grundsicherungsamt
SG Fallmanagement
Friedensplatz 8
37308 Heilbad Heiligenstadt

Aktenzeichen

Eingangsvermerk der Behörde

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsmarkt – Weiterbildungskosten gem. § 16i Sozialgesetzbuch (SGB) II

Datum: _____

Ich beantrage für die Gewährung von Leistungen Teilhabe am Arbeitsmarkt nach § 16i SGB II zusätzliche Weiterbildungskosten:

1. Angaben zum Antragssteller/Arbeitgeber:

Name/Bezeichnung des Unternehmens/der Firma

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort/Sitz des Antragstellers bzw. des Unternehmens/der Firma

Ansprechpartner/in mit Telefonnummer und E-Mail-Adresse

2. Angaben zum/r Arbeitnehmer/in

Name, Vorname, Geburtsdatum

Wohnort

3. Angaben zur Weiterbildung

Bezeichnung der Qualifizierung

Zeitliche Dauer der Qualifizierung

Es handelt sich um eine:

Vollzeitqualifizierung

Teilzeitqualifizierung

Gesamtkosten der Qualifizierung in Euro (bei mehreren Qualifizierungen getrennt darstellen)

4. Weitere Angaben

Wird der Arbeitnehmer für die Zeit Weiterbildung unter Fortzahlung vom Arbeitsentgelt freigestellt?

ja

nein

Ist die Weiterbildung für die ordnungsgemäße Ausführung der Tätigkeit erforderlich?

ja

nein

5. Die bewilligte Leistung soll auf die folgende Kontoverbindung überwiesen werden:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum, Stempel, Unterschrift des Antragstellers

Dem Antrag sind die folgenden Anlagen beizufügen:

Kostenvoranschläge für die Weiterbildung/en

Detaillierte Darstellung, warum die Weiterbildung für die Tätigkeit erforderlich ist