

**Antrag****auf Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen gemäß § 110 SGB III**

Name, Anschrift, Rechtsform (Firmenstempel)
An die Agentur für Arbeit

Ansprechpartner/in: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Von der Agentur für Arbeit einzutragen!**Transfermaßnahme-Nummer**

TM-

Beratung vom: _____**Betriebsnummer:** _____

Bitte das Formular **vollständig** ausfüllen.
Drucken des Formulars ist sonst nicht
möglich!

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Betreff: Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen nach § 110 SGB III
für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Betriebes: _____

Die Verhandlungen über einen Interessenausgleich / Sozialplan wurden am _____ aufgenommen.

Der Interessenausgleich / Sozialplan wurde am _____ unterschrieben.

Die nach § 110 Abs. 1 Nr. 1 SGB III vorgeschriebene Beratung durch die Agentur für Arbeit für die o. a. Interessenausgleichs- / Sozialplanverhandlungen erfolgte am _____.

1. Die kalkulierten Gesamtkosten der Maßnahmen betragen:
(siehe beigefügte Projektkalkulation)

_____ EUR

2. Hiervon beantrage(n) ich / wir einen Zuschuss gemäß § 110 SGB III in Höhe von:

_____ EUR

3. Den Zuschuss bitte(n) ich / wir auf folgendes Konto zu überweisen:

Bankbezeichnung: _____

BIC: _____ IBAN: _____

4. Angaben zur Betriebsänderung:

4.1 Anzahl der zur Zeit beschäftigten Arbeitnehmer/innen: _____

4.2 Art der Betriebsänderung:

☐ Betriebseinschränkung☐ Stilllegung☐ Teilstilllegung☐ Sonstige Betriebsänderung

4.3 Anzahl der durch die Betriebsänderung von Personalanpassungsmaßnahmen betroffenen Arbeitnehmer/innen: _____

4.4 Abschluss einer Vereinbarung zur Betriebsänderung und Durchführung von Transfermaßnahmen:

☐ Sozialplan☐ sozialplanähnliche Vereinbarung☐ Sonstige(r) Vereinbarung / Vertrag

5. Eckdaten der Maßnahme: Inhalt und Leistungen siehe beigefügte Unterlagen

Beginn: _____

Ende: _____

Gesamttag: _____

Teilnehmer/innen: _____

6. Gesamtfinanzierung gemäß beigefügter Projektkalkulation:

Gesamtkosten: _____ EUR

Zuschuss nach § 110 SGB III: _____ EUR

Eigenmittel: _____ EUR

Finanzielle Beteiligung Dritter: _____ EUR

7. Mit der Durchführung der Maßnahme habe (n) ich / wir folgendes Unternehmen beauftragt:

(Bitte Name, Anschrift, Telefon-/Telefax-Nr. sowie Ansprechpartner/in eintragen!)

8. Ich / Wir erkläre(n), dass

- a) sich aus der unter 4.4. genannten Vereinbarung ein Anspruch der von der Betriebsänderung betroffenen Arbeitnehmer/innen gegen mich / uns ergibt, die Teilnahme an einer von Dritten (Träger) durchzuführenden Maßnahme unter meiner / unserer angemessenen Kostenbeteiligung zu fördern,
- b) die betroffenen Arbeitnehmer/innen infolge geplanter Betriebsänderung von Arbeitslosigkeit bedroht sind,
- c) die Maßnahme von einem Dritten durchgeführt wird,
- d) ein System zur Sicherung der Qualität der Maßnahme Anwendung findet,
- e) die vorgesehene Eigenbeteiligung zur Verfügung steht,
- f) die Durchführung der Maßnahme gesichert ist. Eine Bestätigung des Trägers, dass die notwendigen Voraussetzungen in räumlicher und personeller Hinsicht vorliegen und bis zum Ende der geplanten Eingliederungsmaßnahme aufrechterhalten werden, ist beigefügt,
- g) die Maßnahme nicht überwiegend betrieblichen Interessen dient (z.B. Ausbildung für den eigenen Betrieb oder Konzern) und der Arbeitgeber durch die Förderung nicht von bestehenden Verpflichtungen entlastet wird.

9. Ich / Wir habe(n) von folgenden Unterlagen Kenntnis genommen

☐ Auszug aus dem SGB III - §§ 38, 110, 320 Abs. 4a, 321 Ziff. 3, 325 Abs. 5, 327 Abs. 1 und Abs. 3

sonstige _____

10. Ich / Wir verpflichte(n) mich/uns:

- a) die betroffenen Arbeitnehmer/innen darauf hinzuweisen, dass sie sich bei einer Agentur für Arbeit arbeitsuchend melden sollen ¹⁾,
- b) die Ergebnisse der Maßnahme zur Feststellung der Eingliederungsaussichten
 - ☐ durch elektronische Datenerfassung des Bewerberprofils in VerBIS bzw.
 - ☐ alternativ im Ausnahmefall anhand des vorgegebenen Profilingbogensder Agentur für Arbeit unverzüglich nach Abschluss dieser Maßnahme zur Verfügung zu stellen,
- c) vorliegende Kenntnisse über den Erfolg der Maßnahme (Ergebnis der Maßnahme, Verbleib der Teilnehmer/innen 6 Monate nach Maßnahmeende) in einem Erfahrungsbericht darzustellen und der Agentur für Arbeit zu übersenden,
- d) jede entscheidungsrelevante Änderung bei der Durchführung der Eingliederungsmaßnahmen mitzuteilen,
- e) Rechnungsbelege und Zahlungsnachweise über die entstandenen Maßnahmekosten zügig vorzulegen und
- f) die Maßnahmebelege mindestens 10 Jahre nach Ablauf der Förderungsdauer für Prüfzwecke aufzubewahren.

¹⁾ Soweit nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht ein Arbeitsverhältnis zu einer Transfergesellschaft begründet wird, sind die Arbeitnehmer/innen verpflichtet, sich spätestens 3 Monate vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei der Agentur für Arbeit persönlich arbeitsuchend zu melden. Bei sich anschließendem TransferKug-Bezug ist die Arbeitsuchendmeldung vor Übertritt in die beE persönliche Anspruchsvoraussetzung!

Ort, Datum

Antragsteller/in

Betriebsvertretung

12. Anlagen:

- ☐ Interessenausgleich/Sozialplan
- ☐ Personalanpassungskonzept
- ☐ Projektkalkulation
- ☐ Teilnehmerliste
- ☐ Vereinbarung zur Betriebsänderung und Durchführung von Transfermaßnahmen
- ☐ Maßnahmekonzeption
- ☐ Erklärung des Trägers (Nr. 8f)
- ☐ sonstige Unterlagen