



Bundesagentur für Arbeit

Agentur für Arbeit Altenburg

Agentur für Arbeit Thüringen Ost, 07541 Gera

A094A02748

Meleghy Automotive GmbH & Co.
KG
Rudolf-Loh-Str. 1
07546 Gera

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht:

Mein Zeichen: 122.C-A094A02748

Kundennummer: A094A02748

(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Name: Frau Hußner

Servicerufnr.: (0800) 45555 00*

Online: www.arbeitsagentur.de/eservices

Datum: 17. Juni 2025



* Der Anruf ist für Sie gebührenfrei.

Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III)

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Herrn Thieme genehmigen wir für den Zeitraum vom 25.06.2025 bis 26.06.2025 folgende betriebliche Maßnahme in Ihrem Unternehmen. (Auszug aus dem Zuweisungsbescheid für Herrn Thieme):

Maßnahmeinhalt:	betriebliche Erprobung
zeitlicher Umfang:	Vollzeit
Maßnahmeträger:	Meleghy Automotive GmbH & Co.
(Arbeitgeber)	KG

Maßnahmeort:	Rudolf-Loh-Str. 1 07546 Gera Gera
--------------	---

Während der Maßnahme sind die für Sie geltenden arbeitsrechtlichen Bestimmungen einzuhalten. Nach Auskunft der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) stehen Maßnahmen bei einem Arbeitgeber nach § 45 SGB III unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung: „Zuständig ist der Unfallversicherungsträger, dem der Arbeitgeber angehört. Eine Meldung des Arbeitgebers an seinen Unfallversicherungsträger ist nur nach einem Unfall erforderlich, der eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Arbeitstagen oder den Tod des Versicherten zur Folge hat. Eine Meldung bei Aufnahme der Maßnahme ist regelmäßig entbehrlich. Zur Klärung einer eventuellen Beitragspflicht setzen Sie sich bitte mit Ihrem zuständigen Unfallversicherungsträger in Verbindung.“

Die Agentur für Arbeit übernimmt für Vermögens-, Sach- und Personenschäden keine Haftung.

Bitte benennen Sie für Herrn Thieme eine Ansprechpartnerin bzw. einen Ansprechpartner in Ihrem Unternehmen, der für seine Betreuung und Anleitung verantwortlich ist.

Bitte händigen Sie Herrn Thieme am letzten Tag der Maßnahme den beigefügten Berichtsbogen ausgefüllt aus. Die Erkenntnisse aus dem Berichtsbogen sind für uns sehr wichtig, damit wir Herrn Thieme nach Ende der Maßnahme zielgerichtet bei dessen Integration in Arbeit unterstützen können. Deshalb ist das Ausfüllen des Berichtsbogens nicht notwendig, sollten Sie Herrn Thieme im Anschluss an die Maßnahme in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis übernehmen. Das Ausfüllen des Berichtsbogens erfordert nur wenig Zeit. Mit dem vor-

- 2 -

Postanschrift
Agentur für Arbeit Thüringen Ost
07541 Gera

Besucheradresse
Fabrikstr. 30
04600 Altenburg

Bankverbindung
BA-Service-Haus
Bundesbank
IBAN:
DE50 7600 0000 0076 0016 17
BIC:
MARKDEF1760
Internet: www.arbeitsagentur.de

Öffnungszeiten
Di: 08:00-12:00 13:00-15:00 Uhr
Fr: 08:00-12:00 Uhr

Online-Angebote
Nutzen Sie unsere
eServices unter
www.arbeitsagentur.de/eservices
oder BA-mobil. Die Kunden-App
der Bundesagentur für Arbeit.

gefertigten Begleitschreiben an die Agentur für Arbeit können Sie uns den Berichtsbogen auch schnell und einfach übersenden.

Für die Durchführung der Maßnahme danke ich Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Agentur für Arbeit

Anlagen

Berichtsbogen

Vorgefertigtes Begleitschreiben an die Agentur für Arbeit

Meleghy Automotive GmbH & Co. KG
Rudolf-Loh-Str. 1
07546 Gera



3

Agentur für Arbeit Thüringen Ost
07541 Gera


**Berichtsbogen zur Teilnahme an einer Maßnahme bei einem Arbeitgeber nach
§ 45 SGB III**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Herr Thieme hat in unserem Unternehmen eine betriebliche Maßnahme absolviert.

Zur weiteren Verwendung für den Integrationsprozess übersende ich Ihnen in der Anlage
den Berichtsbogen zur Teilnahme an der Maßnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Arbeitgeber Melaghy Automotive GmbH & Co. KG Rudolf-Loh-Str. 1 07546 Gera		
Maßnahmeteilnehmerin/Maßnahmeteilnehmer Jörg Thieme Schmöllner Str. 42 04639 Gößnitz	Dst : Agentur für Arbeit Thüringen Ost OrgZ : 122 Geb-Dat : 30.04.1973 KuNr : 070A056663	

3

Berichtsbogen zur Teilnahme an einer Maßnahme bei einem Arbeitgeber nach § 45 SGB III

Maßnahmebeginn: 25.06.2025	Maßnahmeende: 26.06.2025
Die Maßnahme wurde in folgenden Abteilungen/Tätigkeitsbereichen mit folgenden Inhalten durchgeführt:	
Wurden durch die Maßnahme berufsfachliche Kenntnisse vermittelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, folgende berufsfachliche Kenntnisse wurden vermittelt:	
Konnten Sie während der Maßnahmedurchführung einen evtl. vorhandenen Qualifizierungsbedarf feststellen?	
Bitte geben Sie an, ob die Teilnehmerin/der Teilnehmer an allen Maßnahmetagen anwesend war oder ob Fehltage vorlagen:	
<input type="checkbox"/> vollständige Anwesenheit	
<input type="checkbox"/> Fehltage _____	
<input type="checkbox"/> davon unentschuldigt _____ Tage	
Datum und Ort:	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: