

Antrag auf Gewährung des Qualifizierungsbonus für Beschäftigte (Version 05.11.2024)

Hiermit stelle ich,

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

einen Antrag auf Auszahlung des Qualifizierungsbonus in Höhe von monatlich 200 Euro. Mit dem Qualifizierungsbonus werden Beschäftigte finanziell unterstützt, die an einer Weiterbildung teilnehmen, mit der sie nachträglich einen Berufsabschluss erreichen können. Damit die Agentur für Arbeit prüfen kann, ob ich die Voraussetzungen erfülle, habe ich ihr die dafür notwendigen Auskünfte und Unterlagen übergeben. Ich bin damit einverstanden, dass die Agentur für Arbeit das Ergebnis dieser Prüfung und die notwendigen Unterlagen an die Landesagentur für berufliche Weiterbildung und Transformation (LABEW+) übermittelt, die den Bonus an mich auszahlt.

Meine Weiterbildung beginnt am	Monat	Jahr
--------------------------------	-------	------

Ab diesem Monat bitte ich um Überweisung des Qualifizierungsbonus auf das Konto:

Kontoinhaber*in:

Bank:

IBAN:

Meine Weiterbildung endet voraussichtlich am Monat Jahr

Der Qualifizierungsbonus in Höhe von monatlich 200 Euro wird für die gesamte Dauer der Weiterbildung an mich ausgezahlt. Mit dem letzten Monat meiner Teilnahme enden auch die Zahlungen. Die Zahlungen enden ebenso in dem Monat, in dem ich die Ausbildung vorzeitig beende.

Ich verpflichte mich, der LabeW+ unaufgefordert am Ende der Weiterbildung einen Nachweis über die Kurs- und/oder Prüfungsteilnahme einzureichen. Hierfür habe ich einen Monat Zeit. Ich verpflichte mich ebenfalls, die LabeW+ umgehend zu informieren, wenn ich die Weiterbildung vor dem oben angegebenen Datum beenden sollte. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine eventuelle Überzahlung vollständig von mir zurückzuzahlen ist (gemäß § 49a I 1 3. Alt. BremVwVfG i.V.m. § 158 II BGB). Die Rückforderung wird durch die Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration (SASJI) erhoben.

Der Qualifizierungsbonus wird von der Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration (SASJI) aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und von der Arbeitnehmerkammer Bremen finanziert, falls ich deren Mitglied bin. Ich bin damit einverstanden, dass die Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration (SASJI) und die Arbeitnehmerkammer Bremen (ANK) meine für die Abrechnung notwendigen Daten erhalten. **Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich erhalten und die Übersicht (Muster) über die erhobenen Daten zur Kenntnis genommen.**

Mir ist bekannt, dass der Qualifizierungsbonus steuerpflichtig ist und ich ihn bei meiner Einkommensteuererklärung als „sonstige Einkünfte“ angeben muss. Ich bin darüber informiert worden, dass ich mich dabei von der Arbeitnehmerkammer beraten lassen kann.

Ort. Datum

Unterschrift

Bitte schicken Sie den ausfüllten Antrag als PDF-Datei an info@labew-bremen.de.

Weitere Angaben zu Ihrer Person

1. Kundennummer bei der Agentur für Arbeit: _____

2. Mein Arbeitsort liegt in

☐ Bremen ☐ Bremerhaven ☐ Einem anderen Bundesland

3. Haben Ihre Eltern einen Migrationshintergrund?

☐ ja ☐ nein ☐ es liegen keine Informationen über die Eltern vor
☐ keine Angabe

Falls bei 3. *Ja* angekreuzt wurde bitte 4. und 5. beantworten, sonst springen Sie bitte direkt zu Frage 6.

4. Handelt es sich bei Ihrer Migrationsgeschichte um eine Fluchtmigration?

☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

5. Haben Sie eine andere Muttersprache als deutsch?

☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

6. Leben Sie in einem Einzelhaushalt/ allein?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

Falls bei 7. *nein* angekreuzt wurde, sonst Ende.

7. Lebt in diesem Haushalt mindestens eine unterhaltsberechtigzte Person?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

(von der LABEW+ auszufüllen)

Lfd. Nr: _____

Ab hier von der LABEW+ auszufüllen

Bearbeitungsvermerke

Zutreffendes bitte ankreuzen

- ☐ Bestätigung der Agentur für Arbeit liegt vor
- ☐ Die Voraussetzungen für die Zahlung des Qualifizierungsbonus für Beschäftigte wurden von der Agentur für Arbeit geprüft und bestätigt

Die Zahlung des Qualifizierungsbonus erfolgt ab Monat _____ Jahr _____

bis Monat _____ Jahr _____

Unterschrift LABEW+: _____

Aufhebung der Zahlung: Aufgrund von _____

_____ entfallen die Voraussetzungen ab Monat _____ Jahr _____

Unterschrift LABEW+: _____

Lfd. Nr.: _____