



Landkreis Havelland Dezernat V, Jobcenter Arbeitgeberservice Bahnstraße 8 - 12 14612 Falkensee	Fax: 03321 / 403 9881 E-Mail: jc-falkensee-servicestelle@havelland.de
---	--

FRAGEBOGEN

zur Prüfung der Fördervoraussetzungen für die Gewährung eines Eingliederungszuschusses (§§ 88 – 92 SGB III)

Hinweis Das Jobcenter des Landkreis Havelland kann durch einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt die berufliche Eingliederung von Personen unterstützen. Eine Förderung ist möglich, wenn die Vermittlung der arbeitssuchenden Person erschwert ist. Ein Zuschuss kann nur gezahlt werden, wenn außerdem zu erwarten ist, dass die volle Arbeitsleistung erst nach einer längeren Einarbeitungszeit als üblich erbracht werden kann. Eine <u>betriebsübliche Einarbeitung</u> durch den Arbeitgeber kann nicht gefördert werden. Bitte senden Sie diesen Förderfragebogen vor Abschluss des Arbeitsvertrages und vor Arbeitsaufnahme des/der Arbeitnehmers/in vollständig ausgefüllt zurück.

Unternehmen	
Firmenbezeichnung	Anschrift
Ansprechpartner/in	Telefon/Telefax
Email	Betriebsnummer

Ergänzende Angaben zum Unternehmen		
Wurden in den letzten 6 Monaten Arbeitnehmer entlassen?		
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Anzahl:	Tätigkeit/Bereich:	Grund:

Arbeitnehmer/in	
Name, Vorname	Anschrift
Geburtsdatum	Kundennummer

Arbeitsverhältnis	
Beginn der Beschäftigung ____:____:____ befristet bis ____:____:____ <input type="checkbox"/> unbefristet Vollzeit (Wochenstunden) ____ Teilzeit (Wochenstunden) ____ Bruttoentgelt (Euro) ____ monatlich ____ stündlich ____ Zulagen (monatlich)	<input type="checkbox"/> ortsüblich <input type="checkbox"/> gesetzlicher Mindestlohn <input type="checkbox"/> Tariflohn <input type="checkbox"/> Branchenmindestlohn Branche/Tarifbezirk/Verband: ____ Entgeltgruppe: ____
Während der Einarbeitungszeit wird ein reduziertes Bruttoentgelt gezahlt:	
<input type="checkbox"/> Ja (bitte angeben) <input type="checkbox"/> Nein	
Höhe des reduzierten, sozialversicherungspflichtigen Bruttoentgeltes (Euro): ____ monatlich ____ stündlich	
Dauer der Zahlung eines reduzierten Bruttoentgeltes: <input type="checkbox"/> Wochen <input type="checkbox"/> Monate ersatzweise von ____ bis ____	

Ist/wird der/die Einstellende Gesellschafter/in? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist/wird der/die Einstellende Geschäftsführer/in? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Stehen Sie mit der/m Einstellenden in einem Angehörigenverhältnis i.S. des § 16 V SGB X (z.B.: Verwandte, Schwäger, Verlobte, Ehegatten, Lebenspartner, Geschwister, Kinder der Geschwister, Geschwister der Eltern, Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, Pflegeverhältnis)?
<input type="checkbox"/> Ja (bitte angeben) <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, in welchem Verhältnis? _____

Handelt es sich um ein Leiharbeitsverhältnis? <input type="checkbox"/> Ja (bitte angeben) <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, erläutern Sie, wodurch Ihnen ggf. ein finanzieller Nachteil entsteht und/oder welchen wichtigen Beitrag Sie leisten, um die Minderleistung auszugleichen:
Höhe des finanziellen Nachteils: Euro Zeitraum: <input type="checkbox"/> Wochen <input type="checkbox"/> Monate ersatzweise von ____ bis ____
Name und Anschrift des 1. Entleihbetriebes: _____



<p>Wurde der Arbeitsvertrag bereits abgeschlossen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, am _____:_____:_____ <input type="checkbox"/> <u>Kopie siehe Anlage</u> <input type="checkbox"/> Nein</p>		
<p>Berufs-/Tätigkeitsbezeichnung:</p> <p>Arbeitsplatzbeschreibung / Anforderungen des Arbeitsplatzes: Aufgaben, erforderliche Kenntnisse und Fähigkeiten, Arbeitsablauf, Verantwortung, zu verwendende Arbeitsmittel (Maschinen, Software, Technik), Besonderheiten des Arbeitsplatzes (Höhe, Gefahren, besondere Kundengruppen) etc.</p>		
<p>Verfügt der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin über berufliche Kenntnisse und Erfahrungen aus einem vergleichbaren Tätigkeitsfeld?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja (bitte angeben) <input type="checkbox"/> Nein</p>		
von _____	bis _____	Tätigkeit: _____
von _____	bis _____	Tätigkeit: _____
<p>War der/die Arbeitnehmer/in bereits in Ihrem Unternehmen bzw. im aktuellen Entleihbetrieb beschäftigt? Handelte es sich dabei um eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, einen Minijob oder um ein Praktikum?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja (bitte angeben) <input type="checkbox"/> Nein</p>		
von _____	bis _____	Tätigkeit: _____
von _____	bis _____	Tätigkeit: _____
<p>Fachliche Defizite/Minderleistungen des/der Arbeitnehmers/in: Erläutern Sie die fachlichen Defizite in Bezug auf den zu besetzenden Arbeitsplatz unter Berücksichtigung der bisherigen Berufserfahrung, die über die betriebsübliche – nicht förderfähige – Einarbeitungszeit hinausgehen!</p>		
<p>Wie lange dauert im Regelfall die betriebsübliche – nicht förderfähige – Einarbeitungszeit?</p> <p><input type="checkbox"/> Wochen <input type="checkbox"/> Monate</p>		
<p>Maßnahmen zum Abbau der fachlichen Defizite/Minderleistungen des/der Arbeitnehmers/in: Mit welchen konkreten Maßnahmen und für welchen Zeitraum beabsichtigen Sie die Defizite auszugleichen?</p>		
<p>Zeitraum der Maßnahmen: <input type="checkbox"/> Wochen <input type="checkbox"/> Monate ersatzweise von _____ bis _____</p>		

Weitere Angaben bitte auf gesondertem Blatt vornehmen.
Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort/Datum	Name/Funktion (Druckschrift)	Unterschrift/Firmenstempel
<input type="checkbox"/> Anlagen von _____	Seiten _____	
<input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag		