



Landkreis Havelland Dezernat V, Jobcenter Arbeitgeberservice Berliner Straße 15 14712 Rathenow	Servicehotline: 03385 / 551 9791 Fax: 03385 / 551 9885 E-Mail: Jobcenter-Rathenow-AG@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 ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> unbefristet
befristet bis ____ . ____ . ____	<input type="checkbox"/> Teilzeit (Wochenstunden) ____
Vollzeit (Wochenstunden) ____	<input type="checkbox"/> stündlich ____
Bruttoentgelt (Euro) ____ monatlich	<input type="checkbox"/> 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 Einzustellende Gesellschafter/in?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist/wird der/die Einzustellende Geschäftsführer/in?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Stehen Sie mit der/m Einzustellenden in einem Angehörigenverhältnis i.S. des § 16 V SGB X (z.B.: Verwandte, Verschwägerte, 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:	

