



Anlage 1 zum Antrag vom

Name des Antragstellers

ANGABEN ZUR/ ZUM TEILNEHMENDEN DER WEITERBILDUNGSMAßNAHME(N)

Sachsen-Anhalt WEITERBILDUNG (betrieblicher Zugang)

1. ANGABEN ZUR PERSON DER/ DES TEILNEHMENDEN

1.1 Allgemeine Angaben

Frau Herr

1.2 Angaben zur Person und dem aktuellen Beschäftigungsverhältnis der/ des Teilnehmenden

- a) abhängig Beschäftigte(r) in einem unbefristeten oder befristeten* sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis Ja Nein

* Bei befristeten Arbeitsverträgen bitte Angabe zum Beschäftigungszeitraum von bis

- b) geringfügig Beschäftigte(r), der/ dem mit der Weiterbildung berufliche Perspektiven im Bereich nicht geringfügiger Beschäftigung eröffnet werden sollen Ja Nein

- c) Selbstständige(r), Freiberuflich Tätige(r) oder Unternehmer(in) Ja Nein

- d) Person nach Buchstabe a) bis c), die sich in Elternzeit befindet Ja Nein

- e) Auszubildende(r) in der betrieblichen Berufsausbildung, dual Studierende(r), Werkstudierende(r) oder Praktikant(in) Ja Nein

Die nachfolgenden Punkte f) bis l) sind nur für Weiterbildungsmaßnahmen der **Betrieblichen Weiterbildung** auszufüllen:

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| f) Beschäftigte/ Beschäftigter nach Vollendung des 55. Lebensjahres | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| g) gering qualifizierte(r) Beschäftigte(r) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| h) Anerkannter Grad einer Behinderung von mindestens 30 | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| i) Teilzeitbeschäftigung (durchschnittlich maximal 30 Stunden wöchentlich) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| j) geringfügige Beschäftigung ohne weitere abhängige oder selbstständige Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| k) Migrationshintergrund im Sinne des § 6 der Migrationshintergrunderhebungsverordnung (MighEV) (entsprechende Nachweise bitte beifügen) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| l) Alleinerziehende(r) (nachgewiesen anhand Steuerklasse 2 plus Kinderfreibetrag mindestens 0,5) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| m) Berufsrückkehrer(innen) nach familienbedingter Unterbrechung der Erwerbstätigkeit (z.B. Elternzeit, Pflege von Angehörigen) (entsprechende Nachweise bitte beifügen) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

2. BEZEICHNUNG UND DURCHFÜHRUNG(SORT(E) DER WEITERBILDUNGSMAßNAHME(N)

Weiterbildungsmaßnahme 1

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme

Bezeichnung und Adresse der Durchführungsstätte

Kurzbeschreibung des Inhalts der Weiterbildungsmaßnahme

Weiterbildungsmaßnahme 2

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme

Bezeichnung und Adresse der Durchführungsstätte

Kurzbeschreibung des Inhalts der Weiterbildungsmaßnahme

Weiterbildungsmaßnahme 3

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme

Bezeichnung und Adresse der Durchführungsstätte

Kurzbeschreibung des Inhalts der Weiterbildungsmaßnahme

Weiterbildungsmaßnahme 4

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme

Bezeichnung und Adresse der Durchführungsstätte

Kurzbeschreibung des Inhalts der Weiterbildungsmaßnahme

3. ERKLÄRUNG DES ANTRAGSTELLENDEN/ BEVOLLMÄCHTIGTEN

Ich/ Wir erklären, dass die/ der Teilnehmende der Weiterbildungsmaßnahme(n) nicht an den anfallenden Ausgaben beteiligt ist.

Mit der Unterschrift bestätige(n) ich/ wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der unter Ziffer 1 und 2 dieser Anlage gemachten Angaben / Erklärungen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) (Stempel, sofern relevant)

Name des / der Unterzeichnenden (in Druckbuchstaben)

4. ERKLÄRUNG DER/ DES TEILNEHMENDEN

Ich willige ein, dass mein Arbeitgeber meinen Arbeitsvertrag/ Ausbildungsvertrag für Kontrollen zur Überprüfung des ordnungsgemäßen Einsatzes der für meine Weiterbildung gewährten Fördermittel an die Investitionsbank (Bewilligungsstelle) übermittelt oder bei einer Vor-Ort-Überprüfung Einblick in den Arbeitsvertrag gewährt. Ich stimme außerdem zu, dass die Daten zu meiner Person zum Zwecke des Datenabgleichs zum Ausschluss von Doppelförderungen verarbeitet und an die zuständigen Dienststellen (Agentur für Arbeit, Jobcenter) übermittelt werden.

Ja

Nein

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Wir möchten jedoch auf Folgendes hinweisen: Ihre Einwilligung ist elementar für die Gewährung der beantragten Förderung. Falls Sie keine Einwilligung erteilen möchten, kann die von Ihrem Arbeitgeber beantragte Förderung bzgl. Ihrer Teilnahme an der Weiterbildungsmaßnahme nicht bewilligt bzw. bei einem Widerruf Ihrer Einwilligung nicht belassen werden.

Die Datenschutzhinweise der Investitionsbank nach Art. 13 und 14 DS-GVO zum Umgang mit Ihren Daten, sowie die Informationen über die Ihnen zustehenden Rechte nach DS-GVO, finden Sie auf der Homepage der Investitionsbank unter <https://www.ib-sachsen-anhalt.de/datenschutzhinweise>. Alternativ kann Ihnen die Investitionsbank auch postalisch die ausführliche Erklärung zum Datenschutz zukommen lassen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der von meinem Arbeitgeber zu meiner Person und zu meinem Beschäftigungsverhältnis gemachten Angaben.

UNTERSCHRIFT(EN) DER/ DES TEILNEHMENDEN

Ort, Datum

Unterschrift

Name der/ des Teilnehmenden (in Druckbuchstaben)