

Anlage 1 zum Antrag vom

Name des Antragstellers

## ANGABEN ZUR/ZUM TEILNEHMENDEN DER WEITERBILDUNGSMAßNAHME(N)

### Sachsen-Anhalt WEITERBILDUNG BETRIEB

#### 1. ANGABEN ZUR PERSON DER/DES TEILNEHMENDEN

##### 1.1 Allgemeine Angaben

Frau

Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Vorwahl/Rufnummer

PLZ

Wohnort

PLZ

Arbeitsort/Berufsausbildungsstätte

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

- a) abhängig Beschäftigte/Beschäftigter in einem unbefristeten oder befristeten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis  Ja  Nein
- b) geringfügig Beschäftigte/Beschäftigter, der/dem mit der Weiterbildung berufliche Perspektiven im Bereich nicht geringfügiger Beschäftigung eröffnet werden soll  Ja  Nein
- c) Selbstständige/Selbstständiger, Freiberuflich Tätige/Tätiger oder Unternehmer/Unternehmerin  Ja  Nein
- d) Person nach Buchstabe a) bis c), die sich in Elternzeit befindet  Ja  Nein
- e) Auszubildende/Auszubildender in der betrieblichen Berufsausbildung, dual Studierende/Studierender, Werkstudierende/Werkstudierender oder Praktikantin/Praktikant  Ja  Nein

Bezeichnung der aktuell ausgeübten Tätigkeit(en)

Die nachfolgenden Punkte f) bis l) sind nur für Weiterbildungsmaßnahmen der **Betrieblichen Weiterbildung** auszufüllen (nicht für POE-Vorhaben):

- f) Beschäftigte/Beschäftigter nach Vollendung des 55. Lebensjahres  Ja  Nein
- g) gering qualifizierte/qualifizierter Beschäftigte/Beschäftigter  Ja  Nein
- h) Teilzeitbeschäftigung (durchschnittlich maximal 30 Stunden wöchentlich)  Ja  Nein
- i) geringfügige Beschäftigung ohne weitere abhängige oder selbstständige Beschäftigung  Ja  Nein
- j) Anerkannter Grad einer Behinderung (entsprechende Nachweise bitte beifügen)  Ja  Nein
- k) Migrationshintergrund im Sinne des § 6 der Migrationshintergrunderhebungsverordnung (MighEV) (entsprechende Nachweise bitte beifügen)  Ja  Nein
- l) Alleinerziehende/Alleinerziehender und Berufsrückkehrerinnen/Berufsrückkehrer nach familienbedingter Unterbrechung der Erwerbstätigkeit (z.B. Elternzeit, Pflege von Angehörigen) (entsprechende Nachweise bitte beifügen)  Ja  Nein

#### 2. BEZEICHNUNG UND DURCHFÜHRUNSORT(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

**UNTERSCHRIFT(EN) DER/DES ANTRAGSTELLENDEN/BEVOLLMÄCHTIGTEN**

Ort, Datum

Name der/des Unterzeichnenden (in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Name der/des Unterzeichnenden (in Druckbuchstaben)

Unterschrift (Stempel, sofern relevant)

Unterschrift (Stempel, sofern relevant)