



Antrag auf **Anerkennung der Voraussetzungen** für die Gewährung von Leistungen nach § 4 des Altersteilzeitgesetzes

- Wiederbesetzung mit einem
- arbeitslos gemeldeten Arbeitnehmer
 - Ausgebildeten
 - Auszubildenden
 - Alg II-Bezieher

(AtG-)Kundennummer: _____

Betriebsnummer: _____
(bitte Betriebsnummer immer angeben)

Wird von der Agentur für Arbeit ausgefüllt:
 Statistik: _____
 Wkl.-Nr. _____

A. Angaben zum Antragsteller

1.	Name und Anschrift des Arbeitgebers, Tel. _____ _____	
	Ansprechpartner, Tel., E-Mail _____	
2.	Bezeichnung und Anschrift des Betriebes _____	falls abweichend, Anschrift der Lohnabrechnungsstelle _____
3.	Die Leistungen der Altersteilzeitarbeit (Aufstockungsbetrag, Beiträge zur Rentenversicherung) werden gezahlt aufgrund	
	<input type="checkbox"/> tarifvertraglicher Regelung; Datum und Bezeichnung des Tarifvertrages: _____ <input type="checkbox"/> einer Betriebsvereinbarung <input type="checkbox"/> einer Regelung der Kirchen und der öffentlich-rechtlichen Religionsgesellschaften <input type="checkbox"/> einer Einzelvereinbarung mit dem Arbeitnehmer; Datum der Vereinbarung: _____	

Erklärung:

Ich/Wir bestätige(n), dass die Angaben im Antrag nach bestem Wissen, sorgfältiger Prüfung und unter Beachtung der im Merkblatt 14 enthaltenen Hinweise gemacht wurden. Der in Altersteilzeitarbeit beschäftigte Arbeitnehmer wurde auf seine Mitwirkungspflichten nach § 11 hingewiesen.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift des Arbeitgebers

Anlagen

- Bescheinigung des Rentenversicherungsträgers zur Vorlage bei der Agentur für Arbeit
- Altersteilzeitvereinbarung
- _____

Name des Arbeitgebers _____

Name, Vorname des Arbeitnehmers _____ Kunden-Nr. AtG _____

11.2	<input type="checkbox"/> Anspruch auf eine der Altersrente vergleichbare Leistung einer Versicherungs-, Versorgungseinrichtung oder eines Versicherungsunternehmens ab _____ Art der Leistung _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11.3	Bezieht der Arbeitnehmer eine der unter Nr. 11.1 oder 11.2 aufgeführten Leistungen, eine der Altersrente vergleichbare Leistung öffentlich-rechtlicher Art (z.B. ausländische Rente) oder eine Knappschaftsausgleichsleistung? Oder hat der Arbeitnehmer eine solche Leistung beantragt ? Wenn ja , Art und Beginn der Rente/Leistung _____ Hinweis: Der Anspruch auf Leistungen nach § 4 erlischt in jedem Fall, wenn der Arbeitnehmer eine der unter Nr. 11 genannten Renten oder eine vergleichbare Leistung tatsächlich bezieht . Das gilt auch für eine Rente, die wegen vorzeitiger Inanspruchnahme gemindert ist. Die (künftige) Beantragung sowie der Bezug einer leistungsausschließenden Rente/vergleichbaren Leistung ist daher der Agentur für Arbeit unverzüglich mitzuteilen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

C. Angaben zur Wiederbesetzung

1.1	Name, Vorname _____ Anschrift _____																					
1.2	Versicherungsnummer <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																					
2.	Die Wiederbesetzung erfolgt(e) mit einem arbeitslos gemeldeten Arbeitnehmer/Alg II-Bezieher 2.1 Agentur für Arbeit _____ 2.2 Kundennummer _____	Bitte noch Ziffern 4 und 5 ausfüllen!																				
3.	Die Wiederbesetzung erfolgt(e) mit einem Ausgebildeten 3.1 Die Ausbildung wurde erfolgreich abgeschlossen Wenn ja , am _____ Die Ausbildung dauerte vom _____ bis _____ mit dem Abschluss _____ Wenn nein , die Abschlussprüfung wurde endgültig nicht bestanden am: _____	Bitte noch Ziffern 4 und 5 ausfüllen! <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				
4.	Die Wiederbesetzung erfolgt(e) mit einem arbeitslos gemeldeten Arbeitnehmer/ Alg II-Bezieher/ Ausgebildeten am _____ <input type="checkbox"/> auf dem freigemachten/freierwerdenden (Teil-)Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> auf einem durch Umsetzung freigewordenen/freierwerdenden (Teil-)Arbeitsplatz, auf den Platz des Altersteilzeiters wird Herr/Frau _____ am _____ nachrücken. <input type="checkbox"/> im Funktionsbereich: _____ Auf den Platz des Altersteilzeiters im Funktionsbereich: _____ wird Herr/Frau _____ am _____ nachrücken.																					

Name des Arbeitgebers _____

Name, Vorname des Arbeitnehmers _____ Kunden-Nr. AtG _____

	<input type="checkbox"/> in einem Kleinunternehmen mit i.d.R. bis zu 50 Beschäftigten (Anlage AtG 200.A ausfüllen) <input type="checkbox"/> in der eigenständigen Organisationseinheit _____ mit i.d.R. bis zu 50 Beschäftigten innerhalb eines Betriebs/Funktionsbereichs (Bitte Anlage AtG 200.A ausfüllen)	
5.	Der arbeitslos gemeldete Arbeitnehmer/ Alg II-Bezieher/ Ausgebildete wird versicherungspflichtig beschäftigt mit	
5.1	einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von _____ Std. Kurzbeschreibung der Tätigkeit _____	
5.2	Wird durch den Arbeitnehmer ein weiterer (Teil-)Arbeitsplatz wiederbesetzt? Wenn ja , bitte (AtG-)Kundennummer angeben _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.	Die Wiederbesetzungspflicht wird in einem Kleinunternehmen mit i.d.R. bis zu 50 Beschäftigten durch die versicherungspflichtige Beschäftigung eines Auszubildenden erfüllt (Bitte Anlage AtG 200.A ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.1	Ausbildungsberuf _____	
6.2	Dauer der Ausbildung vom _____ bis _____	

D. Hinweise

Bitte reichen Sie diesen Antrag spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Vorliegen der Fördervoraussetzungen bei der Agentur für Arbeit ein; wird er danach gestellt, können Leistungen erst ab dem Monat der Antragstellung erbracht werden. Die Agentur für Arbeit benötigt die Angaben für die Beurteilung Ihres Anspruchs auf Leistungen nach § 4 des Altersteilzeitgesetzes; Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch. Paragraphen ohne nähere Bezeichnung beziehen sich auf das Altersteilzeitgesetz.