



Antrag nach § 12 Abs. 1 des AtG

Zuständigkeit

(AtG-)Kundennummer: _____

Angaben zum Antragsteller

1. Name und Anschrift des Arbeitgebers, Tel., E-Mail _____

2. Ich bitte um Anerkennung der zentralen Zuständigkeit der
Agentur für Arbeit _____
für die Bearbeitung und Entscheidung der Anträge auf Anerkennung der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach § 4 Altersteilzeitgesetz. Dieser Antrag gilt auch künftig für alle Anträge auf Anerkennung der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach § 4 Altersteilzeitgesetz.
Begründung: _____

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift des Arbeitgebers