



3



Bundesagentur für Arbeit

Agentur für Arbeit

Agentur für Arbeit _____

Ihr Zeichen: _____

Ihre Nachricht vom: _____

Mein Zeichen: _____
(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Name: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Erklärung zur Gewährung von Leistungen nach § 4 Altersteilzeitgesetz (AtG)

für den Altersteilzeitarbeitnehmer:

Name _____ Vorname _____ Kundennummer _____

für die Zeit vom _____ bis _____

		Zutreffendes bitte ankreuzen!
1.	Die Altersteilzeitarbeitnehmer wurde für die gesamte Dauer des Altersteilzeitarbeitsverhältnisses sozialversicherungspflichtig beschäftigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.	An den in Altersteilzeitarbeit beschäftigten Arbeitnehmer wurden das Regelarbeitsentgelt und die Aufstockungsbeträge für die gesamte Dauer der Altersteilzeitvereinbarung gezahlt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.	Das Regelarbeitsentgelt hat sich im Förderzeitraum auf vertraglicher Grundlage nicht um mindestens 10 € verringert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.	Der/die Wiederbesetzer wurde/n im gesamten Förderzeitraum sozialversicherungspflichtig beschäftigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5.	Der Auszubildende wurde ohne Unterbrechung im Förderzeitraum beschäftigt (nur bei Kleinunternehmen mit i.d.R. bis zu 50 Beschäftigten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.	Es haben sich im Förderzeitraum keine Veränderungen in der Funktionalität des Arbeitsplatzes des in Altersteilzeitarbeit beschäftigten Arbeitnehmers ergeben bzw. der Arbeitsplatz ist nicht weggefallen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7.	Der in Altersteilzeitarbeit beschäftigte Arbeitnehmer hat keine Mehrarbeit geleistet aus der ein Entgelt erzielt wurde, das die Geringfügigkeitsgrenze des § 8 SGB IV überschreitet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8.	Der in Altersteilzeitarbeit beschäftigte Arbeitnehmer hat keine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt, aus der ein Einkommen erzielt wurde, das die Geringfügigkeitsgrenze des § 8 SGB IV überschreitet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zu den mit "Nein" angekreuzten Punkten sind nähere Angaben auf einem gesonderten Blatt erforderlich!		

Bitte senden Sie diese Erklärung innerhalb von 2 Monaten nach Ende des Förderzeitraumes an die für Sie zuständige Agentur für Arbeit zurück!

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers