



3



Agentur für Arbeit _____

Ihr Zeichen:	
Ihre Nachricht vom:	
Mein Zeichen: (Bei jeder Antwort bitte angeben)	
Name:	
Telefon:	
Datum:	

Arbeitsplatzbeschreibung

zur Prüfung, ob Erstattungspflicht gem. § 147a Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB III nicht eingetreten ist, weil der o.g. ehemalige Arbeitnehmer dauerhaft nicht mehr in der Lage ist, die zuletzt vertraglich übernommene Tätigkeit zu verrichten. Bitte ggf. ausfüllen und an die Agentur für Arbeit zurücksenden.

Name und Geburtsdatum des Kunden: _____

1. Genaue Beschreibung der vertraglich geschuldeten Tätigkeit

2. Leistungsanforderungen bezüglich der o.a. Tätigkeit

Folgende Arbeiten mussten verrichtet werden:

Ort:

im Freien

in Werkhallen, in geschlossenen Räumen

in temperierten Räumen

Schicht:

Tagesschicht

Früh-/Spätschicht

Nachtschicht

Arbeitsschwere:

ständig	überwiegend	zeitweise
leichte Arbeit	leichte Arbeit	leichte Arbeit
mittelschwere Arbeit	mittelschwere Arbeit	mittelschwere Arbeit
schwere Arbeit	schwere Arbeit	schwere Arbeit

Arbeitshaltung:

ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	stehend	stehend
gehend	gehend	gehend
sitzend	sitzend	sitzend

Besondere Belastung (ggf. nachstehend noch näher erläutern):

Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband)

Häufiges Bücken

Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen

Hitzearbeiten

Staub, Rauch, Gase, Dämpfe

Lärm

Heben und Tragen bis zu _____ kg

Schmutzarbeiten, hautbelastende Stoffe

Arbeiten unter erhöhter Verletzungsgefahr (z.B. Absturzgefahr, Starkstrom, an laufenden Maschinen)

Zwangshaltungen (z.B. Überkopfarbeit, Knien, Armvorhalte)

Sonstiges und Erläuterungen _____

3. Maschinen, Arbeitsgeräte und sonstige technische Hilfsmittel, die dem Arbeitnehmer zur Verfügung standen bzw. von ihm benutzt wurden:

4. Liegen Fehlzeiten vor, die im Zusammenhang mit der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers stehen?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit angeben:

Firmenstempel

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Beauftragten
