|  |  |
| --- | --- |
| **Landkreis Göttingen**Fachbereich Jobcenter, FD 56.4AV/AGSBahnhofstraße 10Wählen Sie ein Element aus.  |  **Vermerke des Trägers der Grundsicherung (Eingangsvermerk):** |
|  |  |
| **Antrag auf Gewährung eines Eingliederungszuschusses** **nach § 16 Abs. 1 Satz 2 SGB II in Verbindung mit §§ 88 ff. SGB III** |
|  | **Antragsteller:** | Wurden bereits für andere Arbeitnehmer Eingliederungszuschüsse beantragt? Ja [ ]   Nein [ ] Wenn ja, für wie viele? \_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Ich beantrage einen Eingliederungszuschuss (EGZ) für**  |
| **[ ]**  | **Arbeitnehmer mit Vermittlungshemmnissen gem. § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 88 ff. SGB III.** |
| **[ ]**  | **behinderte und schwerbehinderte Menschen gem. § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 90 Abs. 1 SGB III.** |
| **[ ]**  | **besonders betroffene schwerbehinderte Menschen gem. § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 90 Abs. 2 SGB III.** |
| Die Zuschüsse werden zu Beginn der Maßnahme in monatlichen Festbeträgen für die Förderungsdauer festgelegt.Die monatlichen Festbeträge werden vermindert, wenn sich das berücksichtigungsfähige Arbeitsentgelt verringert. |

***Alle Felder des Antrags sind unbedingt auszufüllen****, sofern der Platz nicht ausreichend ist, können auf einem separaten Beiblatt Ergänzungen vorgenommen werden.*

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zum Arbeitgeber**
 |
| Firmenname: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Straße:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nr.: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PLZ:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ansprechpartner: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Telefon: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| E-Mail: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fax: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Bei Bewilligung des EGZ bitte die Leistung überweisen an: |
| Kontoinhaber/Kontoinhaberin: |
| Geldinstitut: |
| BIC |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Meine Betriebsnummer lautet:  |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zum Arbeitnehmer**

Der Lohnkostenzuschuss wird beantragt für die Einstellung von: |
| Name, Vorname:  | Geburtsdatum:  |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort:  |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zur geplanten Tätigkeit**
 |
| Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin wird eingestellt als (genaue Berufsbezeichnung):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in folgender Branche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zum geplanten Arbeitsverhältnis**
 |
| Das Arbeitsverhältnis soll [ ]  unbefristet sein. [ ]  befristet von \_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sein. |
| Die Arbeitsaufnahme erfolgt am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Die Förderung ist ausgeschlossen, sofern Sie den Antrag nach Eintritt des leistungsbegründeten Ereignisses - der Arbeitsaufnahme- stellen.** |
| Wurde der Arbeitsvertrag bereits geschlossen: [ ]  nein [ ]  ja, am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Es handelt sich um eine[ ]  Vollzeitbeschäftigung- [ ]  Teilzeitbeschäftigung mit [ ]  \_\_\_\_\_ Stunden monatlich [ ]  \_\_\_\_\_ Stunden wöchentlich |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zur geplanten Entlohnung**
 |
| **Ohne** einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (z. B. Überstundenzuschlag, Weihnachtszuwendung, Urlaubsgeld) beträgt das regelmäßig gezahlte Arbeitsentgelt[ ]  tariflich **in Stufe/Lohngruppe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro (brutto)**[ ]  am Tariflohn orientiert **in Stufe/Lohngruppe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro (brutto)**[ ]  nach dem Mindestlohngesetz **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro (brutto)**[ ]  branchenüblich **in Stufe/Lohngruppe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro (brutto)**[ ]  ortsüblich **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro (brutto)**[ ]  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euro (brutto)****Falls nach Branchen-, Tarifvertrag oder tariforientiert entlohnt wird, ist dieser zu benennen:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| [ ]  monatlich[ ]  stündlich. Sofern ein Stundenlohn vereinbart ist, beträgt das regelmäßig **monatlich** gezahlte Arbeitsentgelt bei  einer tariflichen/ortsüblichen Arbeitszeit von \_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden wöchentlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € brutto. Dies entspricht dem **[ ]** tariflichen oder [ ]  für vergleichbare Tätigkeiten ortsüblichen Arbeitsentgelt, in Lohn-/  Gehaltsgruppe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  |

|  |
| --- |
| 1. **Einschränkungen und Minderleistungen des Arbeitnehmers bezogen auf den konkreten Arbeitsplatz**
 |
| **6.1 Tätigkeit** (umfassende Darstellung der Tätigkeiten bzw. Arbeitsvorgänge sowie geschätzter Zeitanteil) |
|  |
| **6.2 Defizite/Minderleistung im** (zu erwartende Defizite des Arbeitnehmers (im Vergleich zu anderen Bewerbern) im Hinblick auf den Arbeitsplatz und deren Auswirkung auf den Arbeitsablauf) |
| Bitte erfassen Sie die Minderleistungen des Arbeitnehmers hinsichtlich der erfassten Beschreibung der Tätigkeit (z.B. in der Person des Arbeitnehmers liegende Einschränkungen sowie gravierende fachliche Defizite). Beachten Sie bitte, dass die betriebsübliche Einarbeitung durch den Arbeitgeber nicht gefördert werden kann!Nennung der konkreten Minderleistung: |
| **6.3. notwendige Maßnahmen und Aufwendungen zum Abbau der Minderleistung**  |
| Wie werden die Minderleistungen abgebaut?Werden die zum Erreichen der vollen Leitungsfähigkeit notwendigen beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten am Arbeitsplatz vermittelt (ggf. Erstellung eines Einarbeitungsplans) |
| **6.4 Dauer der zu erwartenden Minderleistung (beantragter Förderzeitraum)** |
| \_\_\_\_ Monate |
| **6.5 Wurde im Vorfeld mit dem Arbeitnehmer ein Praktikum durchgeführt?**  |
| [ ]  ja **Wenn ja, über welchen Zeitraum?** von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Sind Sie als Arbeitgeber/in oder Gesellschafter/in mit dem/der zukünftigen Arbeitnehmer/in verheiratet, verwandt, oder verschwägert? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Ist/wird der/die Arbeitnehmer/in Gesellschafter/in? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Haben Sie im Zusammenhang mit diesem Antrag die Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses mit einem anderen Arbeitnehmer veranlasst? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Ist der Arbeitnehmer/ die Arbeitnehmerin bereits früher in Ihrem Betrieb beschäftigt gewesen?**Wenn ja,** vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stundenumfang (monatlich): \_\_\_ Stunden. Höhe des monatlichen Entgeltes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € brutto. | [ ]  ja [ ]  nein |
| Haben Sie für den/die Arbeitnehmer/in bei einer anderen Stelle (außerhalb des Jobcenter Landkreis Göttingen; z.B. Reha-Träger, Integrationsamt) einen Lohnkostenzuschuss beantragt?**Wenn ja,** bei welcher Stelle? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |
| --- |
| **Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigefügt /werden unter Beachtung der Frist von sechs Wochen nachgereicht** (siehe Erklärung, Ziffer 1.2) |
| - Kopie des Arbeitsvertrages | [ ]  ja wenn [ ]  nein, wird nachgereicht |
| - Gewerbeanmeldung, Auszug aus dem Handelsregister oder Ähnliches | [ ]  ja wenn [ ]  nein, wird nachgereicht |
| - Bestätigung der Krankenkasse über die erfolgte Anmeldung zur Sozialversicherung oder Meldung zur Sozialversicherung nach § 25 DEÜV | [ ]  ja wenn [ ]  nein, wird nachgereicht |

1. **Erklärung**
	1. Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I).

**1.2 Ich verpflichte mich,**

* **innerhalb von sechs Wochen** nach Beginn des Arbeitsverhältnisses die Zweitschriften folgender Unterlagen einzureichen:
	+ einen Auszug aus dem Handelsregister, die Gewerbeanmeldung, die Anmeldung bei den Finanzbehörden oder Ähnliches,
	+ eine Bestätigung der Krankenkasse über die erfolgte Anmeldung zur Sozialversicherung oder Meldebescheinigung nach § 25 DEÜV,
	+ den von beiden Vertragsparteien unterschriebenen Arbeitsvertrag.
* **innerhalb eines Monats** nach *Ende der Förderdauer* (bzw. bei Veränderungen sofort)
	+ einen Beschäftigungsnachweis, welcher auch vom Arbeitnehmer unterzeichnet ist, sowie einen Nachweis über gezahltes Arbeitsentgelt und abgeführte Sozialversicherungsbeiträge vorzulegen (für jeden Fördermonat eine Kopie der Lohnabrechnung).
* **innerhalb eines Monats** nach *Ablauf der Nachbeschäftigungszeit* eine Weiterbeschäftigungserklärung, welche auch vom Arbeitnehmer unterzeichnet ist, abzugeben.

**Sollten Sie die besagten Unterlagen nicht fristgerecht einreichen, wird das Jobcenter Landkreis Göttingen den Eingliederungszuschuss aufgrund der Nichteinhaltung Ihrer Mitwirkungspflichten nach § 60 SGB I i.V.m. § 66 SGB I entziehen.**

1. **Mitwirkungspflichten nach § 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I**
	1. Änderung in den Verhältnissen

Dem Jobcenter Landkreis Göttingen ist jede Änderung gegenüber meinen Angaben im Antrag unverzüglich **schriftlich** mitzuteilen, die sich auf die Zahlung des Eingliederungszuschusses auswirkt, insbesondere

* die **Beendigung des Arbeitsverhältnisses** während des Förderungszeitraumes und in der Nachbeschäftigungszeit, sowie die hierfür maßgeblichen Gründe,
* jede **Unterbrechung der Zahlung** des Arbeitsentgelts auf Grund von Krankengeld, Kur, unbezahlter Urlaub, etc.,
* eine **Verringerung** des der Bemessung der Leistungen zugrundeliegenden berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts.
	1. Rechtsfolgen

 Kommen Sie Ihren Mitwirkungspflichten (§§ 60,66 SGB I) nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig nach, kann dies

* zu einer Rückzahlung des Lohnkostenzuschusses (§§ 45 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)) sowie
* zur Einleitung eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren und Ahndung der Ordnungswidrigkeit (§ 63 SGB II) oder Straftat

 führen.

1. **Rückzahlung des EGZ nach § 92 Abs. 2 SGB III**

Ich zahle denEingliederungszuschuss zurück, wenn das Beschäftigungsverhältnis während des Förderungszeitraums oder während der Nachbeschäftigungszeit (Nachbeschäftigungszeit entfällt bei § 90 Abs. 2 SGB III, EGZ für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen) beendet wird.

Dies gilt nicht, wenn

1. ich berechtigt war, das Arbeitsverhältnis aus Gründen, die in der Person oder dem Verhalten der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers liegen, zu kündigen.
2. eine Kündigung aus dringenden betrieblichen Erfordernissen, die einer Weiterbeschäftigung im Betrieb entgegenstehen, berechtigt war.
3. die Beendigung des Arbeitsverhältnisses auf das Bestreben des Arbeitnehmers hin erfolgt, ohne dass ich den Grund hierfür zu vertreten habe,
4. der/die Arbeitnehmer/in das Mindestalter für den Bezug der gesetzlichen Altersrente erreicht hat,
5. der Eingliederungszuschuss für die Einstellung eines besonders betroffenen schwerbehinderten Menschen geleistet wird.

Die Rückzahlung ist auf die Hälfte des geleisteten Förderbetrags begrenzt und darf den in den letzten zwölf Monaten vor Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses geleisteten Förderbetrag nicht überschreiten. Die ungeförderte Nachbeschäftigungszeit ist anteilig zu berücksichtigen. Die Nachbeschäftigungszeit entspricht der Förderungsdauer. Die Nachbeschäftigungszeit beträgt längstens zwölf Monate.

Ich teile die Gründe im Falle einer **Kündigung** unverzüglich schriftlich mit und füge die Kopie des Kündigungsschreibens bei.

Mit diesem Antrag werden auch vergleichbare EGZ-Leistungen anderer Sozialleistungsträger, insbesondere anderer Reha-Träger, beantragt. Falls der Träger der Grundsicherung die Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers erkennt, wird um Weiterleitung an diesen gebeten (§ 16 SGB I).

**Die Hinweise über die Gewährung von Eingliederungszuschüssen, insbesondere zu den Mitwirkungspflichten und zur Rückzahlung des Eingliederungszuschusses habe ich zur Kenntnis genommen.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |  |
| (Ort, Antragsdatum) |  | (Unterschrift, Firmenstempel) |