|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Landkreis Göttingen Jobcenter Landkreis Göttingen  Reinhäuser Landstr. 4  37083 Göttingen | **Vermerke des Trägers der Grundsicherung:** | | |
| **Tag der Antragstellung:** | |  |
| **Antrag:**  **11. Sonderprogramm des Landes Niedersachsen zum Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen** | | | |
| 1. | **Antragsteller/Antragstellerin:** | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | Ich beantrage einen | | | | |
|  | Zuschuss zum Arbeitsentgelt | | | | |
|  | für die Dauer von |  | Monaten in Höhe von |  | Prozent des für die Bemessung berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts |
|  | einschließlich des pauschalierten Anteils des Arbeitgebers am Gesamtsozialversicherungsbeitrag (20%). | | | | |
|  | Die Zuschüsse werden zu Beginn der Maßnahme in monatlichen Festbeträgen für die Förderungsdauer festgelegt.  Die monatlichen Festbeträge werden nur angepasst, wenn sich das berücksichtigungsfähige Arbeitsentgelt verringert. | | | | |
|  | In Ihrer Funktion als Antragsteller/Antragstellerin werden Sie auf Ihre Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) hingewiesen. Sollten Sie den Antrag und die darin abgefragten Antragsdaten nicht vollständig sowie die im Antrag aufgeführten Unterlagen nicht fristgerecht innerhalb von 6 Wochen nach Beginn des Arbeitsverhältnisses einreichen, kann der Zuschuss zum Arbeitsentgelt aufgrund der Nichteinhaltung Ihrer Mitwirkungspflichten nach § 60 SGB I i.V.m. § 66 SGB I vom Jobcenter Landkreis Göttingen versagt werden. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. | Der Zuschuss wird beantragt für die Einstellung von:  Name, Vorname | | | | | | | | | Geburtsdatum |
|  |
|  | Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort | | | | | | | | | |
|  | Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist schwerbehindert  gleichgestellt  (bitte Nachweis beifügen)    Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin wird eingestellt als: | | | | | | | | | |
|  | Die Arbeitsaufnahme erfolgt am: |  | | Der Arbeitsvertrag wurde abgeschlossen am:  (Bitte Arbeitsvertrag beifügen) | | | |  | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |
|  | Wird ein unbefristeter Arbeitsvertrag abgeschlossen?  ja  nein | | | | | | | | | |
|  | Das Arbeitsverhältnis ist befristet von | |  | | | bis |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  | Es handelt sich um eine  Vollzeit-  Teilzeitbeschäftigung mit | | | |  | | Stunden wöchentlich | | | |
|  |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. | Ohne einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (z.B. Überstundenzuschlag, Weihnachtszuwendung, Urlaubsgeld) beträgt das | | | | |
|  | regelmäßig gezahlte Arbeitsentgelt | |  | € | stündlich  monatlich. |
|  | Dies entspricht dem | tariflichen oder  ortsüblichen Arbeitsentgelt, in Lohn-/Gehaltsgruppe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | |
|  | Sofern ein Stundenlohn vereinbart ist, beträgt das regelmäßig monatlich gezahlte Arbeitsentgelt bei einer tariflichen/ortsüblichen  Arbeitszeit von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden wöchentlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €. | | | | |
| (Beachten Sie bitte, dass übertarifliche Zahlungen nicht berücksichtigt werden können.) | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. | Ist der künftige Arbeitnehmer finanziell an Ihrem Betrieb beteiligt? | | | | | | ja  nein |
|  | Ist der Arbeitnehmer/ die Arbeitnehmerin bereits früher in Ihrem Betrieb beschäftigt gewesen?  ja  nein | | | | | | |
|  | **Wenn ja,** vom |  | | bis |  | Stundenumfang (monatlich): | |
|  | Höhe des monatlichen Entgeltes | |  | | | €. | |
|  |  | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. | Haben Sie für den Arbeitnehmer bei einer anderen Stelle einen Lohnkostenzuschuss beantragt? | | | ja  nein |
|  | Wenn ja, bei welcher Stelle ? |  | | |
|  | Wird Ihnen auf Grund eines Ausgleichsystems (z.B. Umlagesystem der Krankenkasse) Arbeitsentgelt erstattet? | | ja  nein | |
|  | Wenn ja, welche? | U1  U2  Sonstige: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7. | **Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigefügt / werden unter Beachtung der 6 Wochen-Frist nachgereicht** (siehe Punkt 3 der beiliegenden Erklärung) | |
|  | - Kopie des Arbeitsvertrages | ja wenn  nein, wird nachgereicht |
|  | - Nachweis über Behinderung / Gleichstellung | ja wenn  nein, wird nachgereicht |
| - Gewerbeanmeldung, Auszug aus dem Handelsregister oder Ähnliches | ja wenn  nein, wird nachgereicht |
| - Meldung zur Sozialversicherung nach § 25 DEÜV | ja wenn  nein, wird nachgereicht |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8. | Die bewilligte Leistung bitte(n) ich/wir zu überweisen auf | |  |  | |
|  |  | | | | |
|  | IBAN: |  | | |  |
|  |  | | | | |
|  | BIC: |  | | |  |
|  |  | | | | |
|  | bei |  | | |  |
|  |  | Geldinstitut | | | |
|  | Meine Betriebsnummer lautet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9. | Für Rückfragen steht Herr/Frau | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | Telefon |  |  | | | Fax |  | | | zur Verfügung. |
|  | E-Mail-Adresse | |  | | | | | | |  |
|  | Homepage | |  | | | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  | |  |  |  |

**Erklärung**

1. Die vorstehenden Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

2. Ich verpflichte mich, dem Träger der Grundsicherung jede Änderung gegenüber meinen Angaben im Antrag schriftlich mitzuteilen, die sich auf die Zahlung des Eingliederungszuschusses auswirken, insbesondere

- die Lösung des Arbeitsverhältnisses während des Förderungszeitraumes sowie die hierfür maßgeblichen Gründe,

- eine Verringerung des der Bemessung der Leistungen zugrunde liegenden berücksichtigungsfähigen Arbeitsentgelts,

- eine Unterbrechung der Zahlung des Arbeitsentgelts,

- die Erstattung von Arbeitsentgelt auf Grund eines Ausgleichsystems.

Das Nichtbeachten der Mitteilungspflicht hat nicht nur die Rückzahlung der Leistung, sondern auch die Einleitung eines Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahrens zur Folge.

3. Ich verpflichte mich, **innerhalb von 6 Wochen** nach Beginn des Arbeitsverhältnisses die Zweitschriften folgender Unterlagen einzureichen:

- einen Auszug aus dem Handelsregister, die Gewerbeanmeldung oder Ähnliches,

- einen Nachweis über die Behinderung bzw. Gleichstellung z.B. einen Schwerbehindertenausweis

- eine Meldebescheinigung nach § 25 DEÜV, wonach der Arbeitnehmer zur Sozialversicherung angemeldet ist,

- den Arbeitsvertrag unterschrieben von beiden Parteien.

4. Ich verpflichte mich, **innerhalb eines Monats** nach Ende der Förderdauer (bzw. bei Veränderungen sofort) folgende Unterlagen einzureichen:

- einen Beschäftigungsnachweis,

- einen Nachweis über gezahltes Arbeitsentgelt (z.B. für jeden Fördermonat eine Kopie der Lohnabrechnung)

- einen Nachweis über abgeführte Sozialversicherungsbeiträge (z.B. Kopie Lohnabrechnung oder Auszug aus der

Lohnbuchhaltung)

- bei Erstattung von Arbeitsentgelt auf Grund eines Ausgleichsystems Unterlagen, die den Zeitraum sowie die Höhe

des Erstattungsbetrages belegen

5. Die Hinweise zum Arbeitsmarktprogramm des Landes Niedersachsen habe ich erhalten und vom Inhalt Kenntnis genommen.

6. Den Hinweis auf meine Mitwirkungspflichten nach §§ 60 ff. SGB I (Sozialgesetzbuch Erstes Buch) (Antrag Seite 1 lfd. Nr. 2) habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden. Mir ist bekannt, dass der vollständig ausgefüllte Antrag sowie die darin angeforderten Antragsunterlagen innerhalb von 6 Wochen nach Beginn des Arbeitsverhältnisses beim Jobcenter Landkreis Göttingen eingereicht werden müssen. Bei Nichteinhaltung kann mir der beantragte Zuschuss zum Arbeitsentgelt aufgrund der Nichteinhaltung meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I i.V.m. § 66 SGB I versagt werden.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | (Unterschrift des Antragstellers) |