|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsmarktliche Massnahmen AVIG Folge-Gesuch  Ausbildungszuschüsse (AZ) | Eingangsdatum (wird von der zuständigen Amtsstelle ausgefüllt) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Basis-Nr.: |  |  | Gesuchs-Nr.: |  |

1. **Gesuchsteller/Gesuchstellerin**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Personen-Nr.: |  |  | SV-Nr.: |  |
| Name: |  |  | Geburtsdatum: |  |
| Vorname: |  |  | Telefon: |  |
| Strasse/Nr.: |  |  | Mobile: |  |
| PLZ/Ort: |  |  | E-Mail: |  |

1. **Arbeitgeber/Arbeitgeberin**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma: |  |  | Kontaktperson: |  |
|  | Telefon: |  |
|  | Mobile: |  |
| Strasse/Nr.: |  |  | Fax: |  |
| PLZ/Ort: |  |  | E-Mail: |  |

1. **Angaben zur Ausbildung**
   1. **Angaben zum neuen Ausbildungsjahr**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Von: |  |  | bis: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vertraglicher Monatslohn brutto in CHF: |  |

* 1. **Angaben zum abgelaufenen Ausbildungsjahr**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma: |  |  | Kontaktperson: |  |
| von: |  |  | bis: |  |

War der Versicherte im abgelaufenen Jahr arbeitsunfähig?

ja, von       bis        nein

Hat der Versicherte während einer Arbeitsunfähigkeit Leistungen von anderen

Versicherungen bezogen? (wenn ja, welche und wieviel?)

ja, CHF       Versicherung:        nein

Kurzbericht des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin über das abgelaufene Ausbildungsjahr:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Ergänzende Angaben zum Gesuchsteller**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Erhält der Gesuchsteller Stipendien? |  | ja |  | nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Wenn ja, wie hoch ist der monatliche Betrag in CHF? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dienen diese der Deckung der Familienunterhaltskosten? |  | ja |  | nein |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Erhält der Gesuchsteller eine anderweitige Unterstützung? |  | ja |  | nein |

Wenn ja, bitte dazu nähere Angaben machen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Art der Unterstützung |  | Monatlicher Betrag in CHF |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dient diese der Deckung der Familienunterhaltskosten? |  | ja |  | nein |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hat der Gesuchsteller Stipendien oder eine anderweitige Unterstützung beantragt? |  | ja |  | nein |

Wenn ja, bitte dazu nähere Angaben machen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Art der Unterstützung |  | Monatlicher Betrag in CHF |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Änderung bei den Sozialversicherungen**

Ergeben sich für das neue Lehrjahr Änderungen in den prozentualen Arbeitgeberanteilen der Sozialversicherungen? Dann nehmen Sie bitte die entsprechenden Änderungen in unten stehender Tabelle vor! Beim Pensionskassenanteil (BVG) notieren Sie bitte den Franken Betrag des Arbeitgeberanteils.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lohn:** |  | **Zuschuss:** |  |  |
| **SozV.** | **Prozente** |  |  | **Rückerstattung** |
| AHV-Beitrag | 5.3% | von | Zuschuss |  |
| ALV-Beitrag | 1.100% | von | Zuschuss |  |
| KTG |  | von | Zuschuss |  |
| BUV |  | von | Lohn & Zuschuss |  |
| BVG |  | Betrag in CHF | Lohn & Zuschuss |  |
|  |  |  |  |  |

Die Unterzeichnenden bestätigen, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben, und nehmen davon Kenntnis, dass unwahre oder unvollständige Angaben rechtliche Folgen haben können.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort und Datum |  | Ort und Datum |
|  |  |  |
| Unterschrift Gesuchsteller |  | Unterschrift Arbeitgeber/Arbeitgeberin |

**Notwendige Gesuchsbeilagen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Zeugnis Berufsschule | | |
|  | Bildungsberichte / ev. Zwischenberichte | | |
| \* | Event. Entscheid betreffend Stipendiengelder oder Kopie des Antrages |
|  |  | |

\* optional