



Formular zur Meldung der Beendigung eines Ausbildungsverhältnisses

Betriebskonto-Nr./Prüfziffer

/

Herr Frau

Familienname

ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Vorname

Straße, Hausnummer

Ständige Heimatanschrift (Ort, Kreis)

Postleitzahl

Arbeitnehmernummer

Personal-Nr.: (falls gewünscht)

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Angaben zum Ausbildungsverhältnis</p> <p>Ausbildungsende technisch oder kaufmännisch sowie gewerblich Auszubildende(r) Tag Mon. Jahr</p> <p style="text-align: right;">mit Abschluss ohne Abschluss</p> | <p>Erstattungsantrag</p> <p>Ich/wir beantrage(n) die Erstattung der gezahlten Ausbildungsvergütung für die/den oben genannte(n) gewerbliche(n) Auszubildende(n) für den 1. Monat des 3. Ausbildungsjahres</p> <p style="text-align: right;">EUR</p> <p>Monat/Jahr _____</p> <p style="text-align: right;">Tage Wegekosten à _____</p> <p>Ausbildungsvergütung/ Wegekosten _____</p> <p>20 % Sozialaufwand _____</p> |
| <p>Angaben zum Urlaub</p> <p>Dem/der gewerblich Auszubildenden wurde im Kalenderjahr der Beendigung seines/ihres Ausbildungsverhältnisses folgender Urlaub gewährt: (ohne Resttage aus dem Vorjahr)</p> <p style="text-align: right;">Tag(e) _____</p> | <p>Erstattungsbetrag</p> <p>Ich bin/wir sind darüber informiert, dass der Erstattungsbetrag</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei vorhandener Leistungsrückforderung zunächst von der Sozialkasse verrechnet wird, bei Beitrags- und/oder Melderückständen oder Teilnahme am Spitzenausgleichsverfahren an das Beitragskonto bei der Einzugsstelle weitergeleitet und bei ausgeglichenem Beitragskonto auf mein/unser Bankkonto überwiesen wird. • bei Beendigung des Ausbildungsverhältnisses ohne Abschluss im 3. Ausbildungsjahr unter dem Vorbehalt erfolgt, dass die Ausbildung nicht in einem anderen Betrieb zu Ende geführt wird und dass in diesem Fall dieser Betrag von der Sozialkasse zurückgefordert wird (vgl. § 19 Abs. 2 Tarifvertrag über die Berufsbildung im Baugewerbe). <p>Ich/wir bestätige(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben auf diesem Formular gemäß der allgemein verbindlichen Sozialkassentarifverträge. Die zur Erstattung geltend gemachten Beträge wurden der/dem Auszubildenden gewährt.</p> |
| <p>Anmeldung als gewerbliche(r) Arbeitnehmer(in)</p> <p style="text-align: right;">Nein Ja</p> <p>Beschäftigt ab:</p> <p>Schwerbehindert (Bitte Bescheid des Versorgungsamts beifügen)</p> | |
| <p>Interne Vermerke der Sozialkasse des Berliner Baugewerbes:</p> <p><input type="checkbox"/> Ausbildungsende erfasst</p> <p><input type="checkbox"/> Erstattungsantrag rechnerisch geprüft</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis für den Auszubildenden erstellt</p> <p><input type="checkbox"/> Gewerbliche Beschäftigung erfasst</p> | |
| <p>_____ Datum / Sachbearbeiter/in</p> | <p>_____ Datum rechtsverbindliche Unterschrift/Firmenstempel</p> |