

Landkreis Havelland  
Dezernat V, Jobcenter  
Arbeitgeberservice  
Bahnstraße 8 - 12  
14612 Falkensee

Fax: 03321 / 403 39881  
E-Mail: [jc-falkensee-servicestelle@havelland.de](mailto:jc-falkensee-servicestelle@havelland.de)

## FRAGEBOGEN

zur Prüfung der Fördervoraussetzungen für die  
Gewährung eines Eingliederungszuschusses (§§ 88 – 92 SGB III)

### Hinweis

Das Jobcenter des Landkreis Havelland kann durch einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt die berufliche Eingliederung von Personen unterstützen. Eine Förderung ist möglich, wenn die Vermittlung der arbeitssuchenden Person erschwert ist. Ein Zuschuss kann nur gezahlt werden, wenn außerdem zu erwarten ist, dass die volle Arbeitsleistung erst nach einer längeren Einarbeitungszeit als üblich erbracht werden kann. Eine betriebsübliche Einarbeitung durch den Arbeitgeber kann nicht gefördert werden. Bitte senden Sie diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt und vor der Arbeitsaufnahme zurück, wenn Sie einen Eingliederungszuschuss beantragen möchten.

### 1. Unternehmen

Firmenbezeichnung	Anschrift
Ansprechpartner/in	Telefon/Telefax
Email	Betriebsnummer

### 2. Ergänzende Angaben zum Unternehmen

#### 2.1.

Wurden in den letzten 6 Monaten Arbeitnehmer entlassen?  Ja  Nein

Anzahl:	Tätigkeit/Bereich:	Grund:
---------	--------------------	--------

#### 2.2.

(Sammel)Antrag auf Förderleistungen bei der Bundesagentur für Arbeit (z.B. Kurzarbeitergeld, Arbeitsentgeltzuschuss im Rahmen einer Förderung von beruflicher Weiterbildung o.ä.):

Antrag auf:

<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> nicht beantragt
<input type="checkbox"/> bewilligt bis	<input type="checkbox"/> nicht bewilligt

### 3. Arbeitnehmer/in

Name, Vorname	Anschrift
Geburtsdatum	Kundennummer

### 4. Arbeitsverhältnis

#### 4.1.

Beginn der Beschäftigung \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ befristet bis \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  unbefristet  
 Wochenarbeitszeit \_\_\_\_\_ Stunden an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche oder Monatsarbeitszeit \_\_\_\_\_ Stunden  
 Bruttoentgelt (Euro) \_\_\_\_\_ monatlich \_\_\_\_\_ stündlich \_\_\_\_\_ Zulagen (monatlich)  
 ortsüblich  gesetzlicher Mindestlohn  
 Tariflohn  Branchenmindestlohn Branche/Tarifbezirk/Verband: \_\_\_\_\_ Entgeltgruppe: \_\_\_\_\_  
**Der gültige Entgelttarifvertrag ist als Anlage beizufügen!**

#### 4.2.

Während der Einarbeitungszeit wird ein reduziertes Bruttoentgelt gezahlt:  Ja  Nein

Wenn ja, Höhe des reduzierten, sozialversicherungspflichtigen Bruttoentgeltes (Euro):

\_\_\_\_\_ monatlich  \_\_\_\_\_ stündlich

Dauer der Zahlung eines reduzierten Bruttoentgeltes:

\_\_\_\_\_  Wochen  Monate

ersatzweise von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**4.3.**

Ist/wird der/die Einzustellende Gesellschafter/in?  Ja  Nein

Ist/wird der/die Einzustellende Geschäftsführer/in?  Ja  Nein

**4.4.**

Stehen Sie mit dem Arbeitnehmer (m/w/d) in einem Angehörigenverhältnis i.S. des § 16 V SGB X  
(z.B.: Verwandte, Verschwägerter, Verlobte, Ehegatten, Lebenspartner, Geschwister, Kinder der Geschwister, Geschwister der Eltern,  
Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister, Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner, Pflegeverhältnis)?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Verhältnis?

**4.5.**

Handelt es sich um ein Leiharbeitsverhältnis?

Ja  Nein

Wenn ja, erläutern Sie, wodurch Ihnen ggf. ein finanzieller Nachteil entsteht und/oder welchen wichtigen Beitrag Sie leisten, um die Minderleistung auszugleichen:

Höhe des finanziellen Nachteils: \_\_\_\_\_ Euro

Zeitraum: \_\_\_\_\_  Wochen  Monate

ersatzweise von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des 1. Entleihbetriebes:

**4.6.**

Wurde der Arbeitsvertrag bereits abgeschlossen?

Ja, am \_\_\_\_.:\_\_\_\_.:\_\_\_\_.  Kopie siehe Anlage  Nein

**4.7.**

Berufs-/Tätigkeitsbezeichnung: **(Hier Beruf bzw. Funktion eintragen!)**

**4.8.**

Arbeitsplatzbeschreibung / Anforderungen des Arbeitsplatzes:

Aufgaben, erforderliche Kenntnisse und Fähigkeiten, Arbeitsablauf, Verantwortung, zu verwendende Arbeitsmittel (Maschinen, Software, Technik), Besonderheiten des Arbeitsplatzes (Höhe, Gefahren, besondere Kundengruppen) etc.

**4.9.**

Wie lange dauert im Regelfall die betriebsübliche – **nicht förderfähige** – Einarbeitungszeit (z.B. für Belehrungen, Arbeitssicherheitseinweisung, Erläuterungen zu Arbeitsprozessen, Einrichtung des Arbeitsplatzes, ...)?

\_\_\_\_\_  Wochen  Monate

Eingliederungszuschüsse dienen nicht dazu, eine betriebsübliche Einarbeitung zu finanzieren, sondern sie decken den darüber hinausgehenden, erhöhten Aufwand bei der Vermittlung beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten aufgrund der persönlichen Defizite des Arbeitnehmers (m/w/d) ab.

**5. Feststellung der Minderleistungen (fachliche Defizite)**

**5.1.**

Verfügt der Arbeitnehmer (m/w/d) über berufliche Kenntnisse und Erfahrungen aus einem vergleichbaren Tätigkeitsfeld?

Ja (bitte angeben)  Nein

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**5.2.**

War der Arbeitnehmer (m/w/d) bereits in Ihrem Unternehmen bzw. im aktuellen Entleihbetrieb beschäftigt? Handelte es sich dabei um eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, einen Minijob oder um ein Praktikum?

Ja (bitte angeben)  Nein

von	bis	Tätigkeit:
-----	-----	------------

von	bis	Tätigkeit:
-----	-----	------------

**5.3.**

Erläutern Sie die fachlichen Defizite/Minderleistungen des Arbeitnehmers (m/w/d) in Bezug auf den zu besetzenden Arbeitsplatz und unter Berücksichtigung der bisherigen Berufserfahrung, die über die betriebsübliche – nicht förderfähige – Einarbeitungszeit hinausgehen!

**5.4.**

Mit welchen konkreten Maßnahmen und für welchen Zeitraum beabsichtigen Sie die fachlichen Defizite/Minderleistungen des Arbeitnehmers (m/w/d) auszugleichen (z.B. interne und/oder externe Schulungen/Unterweisungen, Betreuung des Arbeitnehmers (Art und Umfang der Betreuung sowie die Position der betreuenden Person sind anzugeben) usw.)?

Zeitraum der Maßnahmen: \_\_\_\_\_  Wochen  Monate ersatzweise von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Der Zeitraum der Maßnahmen zum Ausgleich der Minderleistungen ist grundsätzlich nur förderfähig, wenn dieser Zeitraum über den Rahmen der betriebsüblichen Einarbeitung hinausgeht.

➔ Weitere Angaben bitte auf gesondertem Blatt vornehmen.

Auf die Mitwirkungspflicht gemäß §§ 60, 66 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch – SGB I wird hingewiesen.

**Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Fragebogen und in allen Anlagen.**

Ort/Datum

Name/Funktion (Druckschrift)

Unterschrift/Firmenstempel

Anlagen

Seiten:

- Arbeitsvertrag
- Entgelttarifvertrag
- Geschäftsnachweis
- Sonstiges: \_\_\_\_\_