**Antrag auf Gewährung eines Lohnkostenzuschusses**

**„Stärkung von Vereinen und gemeinnützigen Trägern im Landkreis Havelland“**

**2024**

**Abgabeschluss: 31. Oktober 2023**

**Antragsteller:**

Kurzbezeichnung der Maßnahme:

1. **Angaben des Antragstellers**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Antragstellers: |  |
| Ansprechpartner/inTelefonFaxE-Mail |  |
| PLZ/Ort |  |
| Straße/Hausnummer |  |
| Art des Unternehmens(Rechtsform) |  |
| Bankverbindung | IBAN:  |
| BIC:  |
| Name des Kreditinstituts:  |
| Kontoinhaber:  |
| Zeichnungsberechtigte/r | Name, VornameUnterschriftName, Vorname Unterschrift |

1. **Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

|  |  |
| --- | --- |
| Art der Tätigkeit/Kurzbeschreibung  | **Eine ausführliche Beschreibung der Arbeitsaufgaben (Stellenbeschreibung) ist dem Antrag als Anlage beizufügen!** |
| Arbeitsort/e |  |
| regelmäßige Arbeitszeit Höhe des StundenlohnsVergütung Dauer der Beschäftigung inMonatengeplanter Beginn derBeschäftigung: | Sofern die Bundesregierung der Empfehlung der Mindestlohnkommission folgt, wird der gesetzliche Mindestlohn im Jahr 2024 folgende neue Höhe haben: **01.01.2024 - 31.12.2024: 12,41 €/Std.** Stunden/Woche pro StundeEuro/Monat (Arbeitnehmerbrutto)Euro/Monat (Arbeitgeberbrutto) Monate . . 2024 |

[ ]  Erhalt sowie Ausbau touristischer und kultureller Einrichtungen und Angebote

[ ]  Stabilisierung der Arbeit von Sportvereinen und regionalen Verbänden

[ ]  Stärkung der Aufgabenfelder öffentlicher Ordnung und Sicherheit

[ ]  Erhalt von Natur- und Kulturlandschaften sowie Unterstützung des Tierschutzes

[ ]  Förderung von Projektarbeit der gesundheitlichen und sozialen Betreuung unter Berücksichtigung des demografischen Wandels

1. **Angaben zum/zur Teilnehmer/in**

Persönliche Angaben:

Name/Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl Wohnort:

Geburtsdatum:

Status des/der Teilnehmer/in vor Beginn der geplanten Maßnahme:

[ ]  **Maßnahme/Förderung**

 Art/Bezeichnung der Maßnahme/Förderung:

 Dauer:

[ ]  **geförderte sv-pfl. Beschäftigung**

 Bezeichnung:

 Dauer:

[ ]  **ALG-I-Bezug** (Bescheid als Anlage beifügen)

[ ]  **ALG-II-Bezug** (Bescheid als Anlage beifügen)

[ ]  **Nichtleistungsbezieher/in**

[ ]  **unmittelbar von Arbeitslosigkeit bedroht** (bitte mit Begründung)

 Begründung:

[ ]  **Andere**

Geschlecht: [ ]  weiblich [ ]  männlich [ ]  divers

Gehört der/die Teilnehmer/in einer nationalen Minderheit an? [ ]  ja [ ]  nein

(z.B. Sorben, Sinti, Roma)

Ist der/die Teilnehmer/in ein Migrant/ eine Migrantin? [ ]  ja [ ]  nein

(d.h., die Person selbst bzw. die Eltern dieser Person sind aus dem Ausland zugewandert – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus)

Ist der/die Teilnehmerin ein Mensch mit Behinderung? [ ]  ja [ ]  nein

Höchster vor der Maßnahme erreichter Schulabschluss:

[ ]  ohne Hauptschulabschluss

[ ]  mit Hauptschulabschluss (ohne mittleren Abschluss)

[ ]  mit mittlerem Abschluss

[ ]  mit Fachhochschulreife (ohne Hochschulreife)

[ ]  mit Abitur bzw. Hochschulreife

[ ]  sonstiges

Hat der/die Teilnehmerin eine abgeschlossene

Berufsausbildung? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, Angabe des höchsten erreichten Berufsabschlusses (vor der Maßnahme):

[ ]  betriebliche Berufsausbildung

[ ]  außerbetriebliche Berufsausbildung

[ ]  Fachschule (z.B. Meister)

[ ]  Universität

[ ]  sonstige

[ ]  Ich werde das Jobcenter Landkreis Havelland bzw. die Bundesagentur für Arbeit

 bitten, geeignete Teilnehmer/innen zu benennen.

1. **Finanzierungsplan für die Dauer der geplanten Beschäftigung**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **geplante Personalausgaben** (Arbeitgeber-Brutto zzgl. Beitragssätze zum Umlageverfahren und Insolvenzgeldumlage) | **Euro** |
| davon:**Eigenanteil** – mind. 15 % der geplanten Personalausgaben |  **Euro** |
| davon:**Leistungen Dritter** (ohne öffentlicher Förderung) | **Euro** |
| davon:**Leistungen Dritter** (mit öffentlicher Förderung/Zuschüsse) | **Euro** |
| **beantragte Zuwendung**  | **Euro** |
| **Beitrag Berufsgenossenschaft** (bitte letzten Bescheid als Anlage beifügen) | **Euro** |
| **beantragte Zuwendung gesamt** | **Euro** |

Die beantragte Zuwendung entspricht % der geplanten Personalausgaben.

1. **Erklärungen des Antragstellers**

5.1 Ist der/die potentielle Arbeitnehmer/-in bereits früher in Ihrem Unternehmen/Verein sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen?

[ ]  JA [ ]  NEIN

Wenn JA: von:       bis:

[ ]  gefördert [ ]  ungefördert

5.2 Haben Sie für die hier beantragte Maßnahme bei einer anderen Stelle eine Förderung/Kofinanzierung ergänzend beantragt?

[ ]  JA [ ]  NEIN

Wenn JA: Bei welcher Stelle und welcher Art:

**Ich/Wir erkläre/n weiterhin, dass**

5.3 [ ]  mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides ohne vorherige Zustimmung der Bewilligungsbehörde nicht begonnen wird.

5.4 [ ]  beim Antragsteller kein vergleichbarer Arbeitsplatz entfällt oder entfallen ist oder in zeitlichem Umfang reduziert worden ist bzw. wird, es sei denn, die zeitliche Reduzierung erfolgt auf Grundlage des Gesetzes über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge und zur Änderung bzw. Aufhebung arbeitsrechtlicher Bestimmungen vom 21.12.2000.

5.5 [ ]  die Voraussetzungen zur Förderung des Landkreises Havelland zur Kenntnis genommen wurden.

5.6 [ ]  das jeweils geltende Gesetz zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns (Mindestlohngesetz-MiLoG) beachtet wird.

5.7 [ ]  das Besserstellungsverbot entsprechend der Allgemeinen Neben-bestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) Punkt 1.3 eingehalten wird.

5.8 [ ]  die in diesem Antrag (einschließlich Anlagen) gemachten Angaben vollständig und richtig sind.

**Bemerkungen:**

Ort/Datum Stempel rechtsverbindliche Unterschrift

Anlage

**Stellenbeschreibung:**