Bundesagentur für Arbeit

Antrag auf Erstattung der Beitragsaufwendungen für behinderte Menschen

Antragsteller *(Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung)*		
Bankverbindung Bezeichnung und Ort des Geldinstituts	Bankleitzahl	Kontonummer

Ich/wir beantrage/n für

Name, Vorname, Kundennummer*(sofern Kundennr. unbekannt, bitte Geburtsdatum und zuständigen Agentur für Arbeit angeben)*

die Erstattung der Beitragsaufwendungen zur

☐ Kranken- und Pflegeversicherung für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder einer anerkannten Blindenwerkstatt (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V, § 20 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI) oder

☐ Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **in** einer Einrichtung für behinderte Menschen bzw. der beruflichen Rehabilitation einschließlich rehaspezifischer Maßnahmen gemäß § 102 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1b SGB III (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI, § 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI, § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB III).

☐ Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **außerhalb** einer Einrichtung oder Maßnahme gemäß § 102 SGB III für behinderte Menschen bzw. der beruflichen Rehabilitation (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V, § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB XI, § 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI)

Geplante Dauer der Maßnahme *(vom - bis)*	Erster Tag der Teilnahme:

Monatlicher Erstattungsbetrag * , EUR	Zuständige Krankenkasse *(Bezeichnung und Ort)*
bereits feststehende Änderung ab auf * , EUR	

** bitte Betrag für vollen Monat angeben*

Die Erstattung erfolgt **monatlich nachträglich** bis zum Ende der Maßnahme.

Die Einrichtung verpflichtet sich,

- die Arbeitgeberpflichten zu erfüllen, einschließlich der Meldepflicht und der Pflicht zur Abführung der Beiträge,
- zu Unrecht erhaltene Beträge zu erstatten,
- eine stichprobenweise Prüfung, ob die Voraussetzungen für eine Erstattung vorliegen, durch die Agentur für Arbeit zuzulassen,
- jede Änderung, die Einfluss auf die Höhe der Erstattung hat, insbesondere eine Änderung des monatlichen Erstattungsbetrages durch Änderung der Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) oder des Beitragssatzes, der Agentur für Arbeit unverzüglich mitzuteilen.

Stempelabdruck der Einrichtung	Ansprechpartner/in für Rückfragen *(mit Telefonnummer)*
	Datum, Unterschrift

Zurücksetzen