



Antrag auf Anerkennung der Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach § 4 des Altersteilzeitgesetzes

Wiederbesetzung mit einer/einem

- arbeitslos gemeldeten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer
- Ausgebildeten
- Auszubildenden
- Alg II-Bezieherin/Alg II-Bezieher

(AtG-)Kundennummer _____

Betriebsnummer _____

(bitte Betriebsnummer immer angeben)

Wird von der Agentur für Arbeit ausgefüllt	
Statistik	_____
Wkl.-Nr.	_____

A. Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller

1. Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers

Anschrift	Telefon
_____	_____

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner	Telefon	E-mail
_____	_____	_____

2. Bezeichnung und Anschrift des Betriebes

falls abweichend, Anschrift der Lohnabrechnungsstelle

3. Die Leistungen der Altersteilzeitarbeit (Aufstockungsbetrag, Beiträge zur Rentenversicherung) werden gezahlt aufgrund

- tarifvertraglicher Regelung;
Datum und Bezeichnung des Tarifvertrages _____
- einer Betriebsvereinbarung
- einer Regelung der Kirchen und der öffentlich-rechtlichen Religionsgesellschaften
- einer Einzelvereinbarung mit der Arbeitnehmerin/dem Arbeitnehmer; Datum der Vereinbarung _____

Erklärung:
Ich/Wir bestätige(n), dass die Angaben im Antrag nach bestem Wissen, sorgfältiger Prüfung und unter Beachtung der im Merkblatt 14 enthaltenen Hinweise gemacht wurden. Die/der in Altersteilzeitarbeit beschäftigte Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer wurde auf ihre/seine Mitwirkungspflichten nach § 11 hingewiesen.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers
---------------------	--

- Anlagen
- Bescheinigung des Rentenversicherungsträgers zur Vorlage bei der Agentur für Arbeit
 - Altersteilzeitvereinbarung
 - _____

Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers _____

Name, Vorname der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers _____

Kunden-Nr. AtG _____

B. Angaben zu der/dem in Altersteilzeit beschäftigten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer

Haben sich die Angaben zum Antrag auf Vorabentscheidung vom _____ Ja Nein geändert?

Wenn "nein" sind Angaben zu den Fragen 1 bis 11 dieses Abschnitts nicht erforderlich.

1. Familienname, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße)

Kurzbeschreibung der Tätigkeit (Altersteilzeitarbeit)

Versicherungsnummer _____

Ist die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer Inhaberin/Inhaber, Geschäftsführerin/Geschäftsführer oder Gesellschafterin/Gesellschafter des Unternehmens? Ja Nein

Ist die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer als schwerbehinderter Mensch (§ 2 Abs. 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch) anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen) Ja Nein

2. Rentenversicherungspflicht besteht in der
 Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten
 Knappschaftlichen Rentenversicherung

Krankenversicherungspflicht
besteht bei _____

Freiwillige/private Krankenversicherung
besteht bei _____

Es besteht Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung.

3. Innerhalb der letzten 5 Jahre vor Beginn der Altersteilzeitarbeit bestand eine versicherungspflichtige Beschäftigung

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

vom _____ bis _____

Hinweis:

Beschäftigungszeiten bei anderen Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern dürfen nur eingetragen werden, wenn ein entsprechender Nachweis vorliegt; der Nachweis ist dem Antrag beizufügen.

4. Altersteilzeitarbeit wurde vereinbart am _____ und zwar für die
Zeit vom _____ bis _____

5. Unmittelbar vor Beginn der Altersteilzeit betrug die zuletzt vereinbarte Arbeitszeit wöchentlich
_____ Std.

Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers _____

Name, Vorname der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers _____

Kunden-Nr. AtG _____

6.	In den letzten 24 Monaten vor Beginn der Altersteilzeitarbeit (siehe Nr. 3) betrug die vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt _____ Std.	
7.	Die für die Dauer der Altersteilzeitarbeit vereinbarte Arbeitszeit (= die Hälfte der bisherigen wöchentlichen Arbeitszeit) beträgt wöchentlich _____ Std. Hinweis: Bisherige Arbeitszeit ist die unter Nr. 5 genannte Arbeitszeit, höchstens jedoch die durchschnittliche Arbeitszeit der Nr. 6 .	
8.	Wird die Altersteilzeit im Blockmodell ausgeführt? Arbeitsphase _____ Freistellungsphase (tatsächlicher Beginn, ggf. nach erfolgter Nacharbeit): _____ Sieht die Vereinbarung über die Altersteilzeitarbeit eine sonstige unterschiedliche Verteilung der Arbeitszeit vor (z.B. im degressiven Modell)? Wenn ja , Verteilzeitraum und Verteilung angeben _____ Wird die Altersteilzeit im kontinuierlichen Teilzeitmodell ausgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9.	Wird das Arbeitsentgelt für die Altersteilzeitarbeit und der Aufstockungsbetrag fortlaufend gezahlt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9.1	Wird das Regelarbeitsentgelt für die Altersteilzeitarbeit um mindestens 20 v.H. (brutto) aufgestockt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9.2	Werden zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet? Wenn ja , <input type="checkbox"/> für 80 v. H. des Regelarbeitsentgelts (ggf. begrenzt auf 90 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze). <input type="checkbox"/> Es entstehen Aufwendungen zur Altersversorgung, die den Beiträgen zur Rentenversicherung vergleichbar sind. Aufwendungen werden entrichtet an _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10.	Werden bei Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende der Entgeltfortzahlung die unter Nr. 9.1 und 9.2 genannten Aufstockungsbeträge auch für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit geleistet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11.	Die/der in Altersteilzeitarbeit beschäftigte Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer erfüllt dem Grunde nach die Voraussetzungen für eine der nachfolgend genannten Altersrenten oder für eine vergleichbare Leistung:	
11.1	<input type="checkbox"/> Anspruch auf ungeminderte Altersrente für langjährig Versicherte (§ 236 SGB VI), für schwerbehinderte Menschen (§ 236a SGB VI) wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit (§ 237 SGB VI), für Frauen (§ 237a SGB VI), für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute (§ 40 SGB VI) bzw. ab _____ Art der Leistung _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers _____

Name, Vorname der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers _____

Kunden-Nr. AtG _____

11.2 **Anspruch** auf eine der Altersrente **vergleichbare Leistung** einer Versicherungs-, Versorgungs-
einrichtung oder eines Versicherungsunternehmens Ja Nein

ab _____ **Art der Leistung** _____

11.3 **Bezieht** die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer eine der unter **Nr. 11.1 oder 11.2** aufgeführten Lei-
stungen, eine der Altersrente vergleichbare Leistung öffentlich-rechtlicher Art (z.B. ausländische
Rente) oder eine Knappschaftsausgleichsleistung? Oder hat die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer
eine solche Leistung beantragt? Ja Nein

Wenn ja, Art und Beginn der Rente/Leistung

Hinweis:

Der Anspruch auf Leistungen nach § 4 erlischt in jedem Fall, wenn die Arbeitnehmer/der Arbeitneh-
mer eine der unter **Nr. 11** genannten Renten oder eine vergleichbare Leistung tatsächlich **bezieht**.
Das gilt auch für eine Rente, die wegen vorzeitiger Inanspruchnahme gemindert ist. Die (künftige)
Beantragung sowie der Bezug einer leistungsausschließenden Rente/vergleichbaren Leistung ist
daher der Agentur für Arbeit unverzüglich mitzuteilen.

C. Angaben zu Wiederbesetzung

1.1 **Name, Vorname**

Anschrift

1.2 **Versicherungsnummer**

2. Die Wiederbesetzung erfolgt(e) mit **einer/einem arbeitslos gemeldeten Arbeitnehmerin/Arbeit-
nehmer, Alg II-Bezieherin/Alg II-Bezieher** Bitte noch Ziffern
4 und 5 ausfüllen!

2.1 Agentur für Arbeit _____

2.2 Kundennummer _____

3. Die Wiederbesetzung erfolgt(e) mit **einer Ausgebildeten/einem Ausgebildeten** Bitte noch Ziffern
4 und 5 ausfüllen!

3.1 Die Ausbildung wurde erfolgreich abgeschlossen Ja Nein

Wenn ja, am _____

Die Ausbildung dauerte vom _____ bis _____

mit dem Abschluss _____

Wenn nein, die Abschlussprüfung wurde endgültig nicht bestanden am: _____

Name der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers _____

Name, Vorname der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers _____

Kunden-Nr. AtG _____

4. Die Wiederbesetzung erfolgt(e) mit einer/einem **arbeitslos gemeldeten Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer, Alg II-Bezieherin/Alg II-Bezieher/Ausgebildeten** am _____

auf dem freigemachten/freierwerdenden (Teil-)Arbeitsplatz

auf einem durch Umsetzung freigewordenen/freierwerdenden (Teil-)Arbeitsplatz, auf den Platz des Altersteilzeiters wird Frau/Herr _____ am _____ nachrücken.

im **Funktionsbereich:** _____

Auf den Platz des Altersteilzeiters im **Funktionsbereich:** _____
wird Frau/Herr _____ am _____ nachrücken.

in einem **Kleinunternehmen** mit i.d.R. bis zu 50 Beschäftigten
(Anlage AtG 200.A ausfüllen)

in der **eigenständigen Organisationseinheit** _____
mit i.d.R. bis zu 50 Beschäftigten innerhalb eines Betriebs/Funktionsbereichs
(Bitte Anlage AtG 200.A ausfüllen)

5. Die/der **arbeitslos gemeldete Arbeitnehmerin/Arbeitnehmer/Alg II-Bezieherin/Alg II-Bezieher/Ausgebildete** wird versicherungspflichtig beschäftigt mit

5.1 einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von _____ Std.

Kurzbeschreibung der Tätigkeit _____

5.2 Wird durch die Arbeitnehmerin/den Arbeitnehmer ein weiterer (Teil-)Arbeitsplatz wiederbesetzt? Ja Nein

Wenn ja, bitte (AtG-)Kundennummer angeben _____

6. Die Wiederbesetzungspflicht wird in einem **Kleinunternehmen** mit i.d.R. bis zu 50 Beschäftigten durch die versicherungspflichtige Beschäftigung eines **Auszubildenden** erfüllt Ja Nein
(Bitte Anlage AtG 200.A ausfüllen)

6.1 Ausbildungsberuf _____

6.2 Dauer der Ausbildung vom _____ bis _____

D. Hinweise

Bitte reichen sie diesen Antrag spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Vorliegen der Fördervoraussetzungen bei der Agentur für Arbeit ein; wird er danach gestellt, können Leistungen erst ab dem Monat der Antragstellung erbracht werden. Die Agentur für Arbeit benötigt die Angaben für die Beurteilung Ihres Anspruchs auf Leistungen nach § 4 des Altersteilzeitgesetzes; Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch. Paragraphen ohne nähere Bezeichnung beziehen sich auf das Altersteilzeitgesetz.