

Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern

Abt. 2, Dezernat 201: Zuwendungen ESF/Zuwendungen Soziales
Friedrich-Engels-Str. 47, 19061 Schwerin, Telefon: 0385 3991 527, Telefax: 0385-3991 540

Erstattungsvoranfrage

gemäß § 5 des Bildungsfreistellungsgesetzes (BfG M-V) in Verbindung mit dem § 10 der Durchführungs-Verordnung zum BfG M-V DVO des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Der Antrag muß mindestens 8 Wochen vor Beginn der Bildungsfreistellung beim Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin eingereicht werden!

(Hinweis: Dieser Antrag sollte zur Fristwahrung unabhängig von dem Anerkennungsverfahren der Bildungsveranstaltung gestellt werden! Fehlende Unterlagen und Angaben können evtl. nachgereicht werden.)

Angaben zum / zur freizustellenden Beschäftigten

Vorname: _____

Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr. : _____

Ich bin seit dem ____ . ____ . ____ bei

Name/Fa.: _____

Ansprechpartner/-partnerin

Anschrift: _____

Herr/Frau: _____

Rechtsform : _____

Telefon: _____

beschäftigt.

Ist bereits früher vom Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V Arbeitsentgelt gemäß § 13 BfG M-V in Verbindung mit den §§ 10-12 BfG M-V DVO erstattet bzw. eine Erstattung durch Vorbescheid in Aussicht gestellt worden?

Nein.

Ja, Erstattungs-Kennziffer: _____ / Datum des Erstattungs- bzw. Vorbescheides: _____

**Schwerpunkt des
Beschäftigungsverhältnisses:**

in Mecklenburg-Vorpommern

PLZ: _____ Ort: _____

Straße/Hausnummer: _____

nicht in Mecklenburg-Vorpommern

Ich beabsichtige eine Teilnahme an der Veranstaltung

des/der _____

anerkannt durch Bescheid des Ministeriums für Arbeit, Bau und Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern
(seit dem 01.01.2006: Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur M-V)

Anerkennungs-Kennziffer _____ - vom _____

an folgenden Arbeitstagen _____

insgesamt: Arbeitstagen gemäß § 3 Abs. 1 BfG M-V **unter Fortzahlung
des vollen Arbeitsentgelts** freigestellt werden.

Höhe des
Bruttoarbeitsentgeltes: Bitte legen Sie in Kopie die entsprechenden Bescheinigungen
der letzten 3 Monate vor Antragstellung bei.

Bitte legen Sie in Kopie die Anmeldebestätigung der durchführenden Einrichtung bei, aus welcher der Name
der durchführenden Einrichtung, Veranstaltungstermine, Veranstaltungsart sowie Anerkennungs-Kennziffer
und Datum des Anerkennungsbescheides des Ministeriums für Arbeit, Bau und Landesentwicklung M-V bzw.
Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur M-V ersichtlich sind (ggf. ist die Anmeldebestätigung
nachzureichen) **und** eine Kopie des Arbeitsvertrages.

Wird Ihnen das Arbeitsentgelt für die Maßnahme von **anderer** Stelle ganz oder teilweise ersetzt?

Nein **Ja** Das Arbeitsentgelt wird **in vollem Umfang / teilweise in Höhe**

von € _____ durch folgende Stelle ersetzt:

Name: _____ Anschrift: _____

Der Antragsteller / Die Antragstellerin beantragt, hiermit die Auskunft über zur Verfügung stehende Erstattungsmittel nach § 13 BfG M-V und versichert, daß alle Angaben richtig und vollständig sind.

Er/ Sie verpflichtet sich, alle nach der Antragstellung etwa eintretenden Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Nach Beendigung der Bildungsfreistellung sind dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin die Teilnahme-Bescheinigung der durchführenden Einrichtung sowie eine Versicherung über die erfolgte Bildungsfreistellung vorzulegen. Dies muß bis spätestens vier Wochen nach Beendigung der Veranstaltung geschehen.

Ohne diese Nachweise kann keine Erstattung erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift des Beschäftigten

Anlage: Kopie der Anmeldebestätigung
Kopien der Lohnbescheinigungen und eine Kopie des Arbeitsvertrages
Formblatt zur Ermittlung des Arbeitgeberbrutto