

Erhebungsbogen für ausbildende Einrichtungen

Rücksendung bis:

01. September 2018 

Statistisches Landesamt Bremen
– Altenpflegeumlage –
An der Weide 14-16
28195 Bremen

Rückfragen an:

T (0421) 361 59 564

F (0421) 496 59 564

E-Mail

altenpflegeumlage@statistik.bremen.de

Allgemeine Angaben zur Einrichtung

(bei mehreren Einrichtungen bitte jeweils einen Bogen für jede Einrichtung ausfüllen)

Einrichtungs-ID (IK):

Name der Einrichtung:

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name:

Telefon:

E-Mail:

ACHTUNG: Dieser Erhebungsbogen ist ausschließlich für die Meldung der tatsächlichen Ausbildungskosten im abgelaufenen Kalenderjahr 2017 zu nutzen.

Gesamtsumme der tatsächlich gezahlten Ausbildungskosten *

(gemäß § 5 Abs. 7 BremAltPflAusgIV)

€

* Die Summe aller im abgelaufenen Kalenderjahr 2017 tatsächlich gezahlten Ausbildungskosten gemäß Formblatt „Angaben zu den Auszubildenden – Meldung der tatsächlichen Ausbildungskosten“ / „Spalte 11 – Gesamtsumme“

Die Richtigkeit und Vollständigkeit wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Einrichtungsstempel / Rechtsverbindliche Unterschrift

Einrichtungs-ID (IK): _____

! Tatsächlich geleistete Zahlungen !													
1	2		3	4		5	6	7	8	9	10		11
lfd.Nr. Auszubildende/r	Ausbildungsbeginn	Ausbildungsende	Ausbildungsjahr	Vertragsart		Ausbildungsvergütung	AG-Anteil zur Sozialversicherung	tarifliche Zulagen	Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge	Weiterbildungskosten	Förderung durch Dritte		Gesamtsumme
			am 01.09.17	Ausbildungsvertrag	Arbeitsvertrag						Höhe	von wem?	gem. § 5 Abs. 2 Nr. 3,4 und 5 BremAltPflAusgIV
Bsp: 0001	01.08.2016	31.07.2019	2	X		13.224,84 €	2.644,97 €	100,00 €	350,00 €	- €	- 100,00 €	ARGE	16.219,81 €
Summe													

- 1) Bitte tragen Sie hier exakt dieselbe Nr. für das jeweilige Ausbildungsverhältnis ein, die Sie auch bei der Meldung der voraussichtlichen Ausbildungskosten verwendet haben!
- 2) Datum des Beginns und des (voraussichtlichen) Endes des jeweiligen individuellen Ausbildungszeitraumes in Ihrem Betrieb (z. B. 01.08.2016 - 31.07.2019). Bei Abbruch des Ausbildungsverhältnisses geben Sie bitte das Austrittsdatum an (z. B. 15.02.2017). Bei Aufnahme einer/eines Auszubildenden aus einem anderen Betrieb geben Sie bitte das Aufnahmedatum in Ihrem Betrieb an.
- 3) Bitte tragen Sie hier ein, in welchem Ausbildungsjahr sich die/der jeweilige Auszubildende am 01.09.2017 befand.
- 4) Bitte ankreuzen, ob die Ausbildung auf Grundlage eines Ausbildungs- oder Arbeitsvertrages durchgeführt wurde (Ausbildungskosten für Mitarbeiter auf Grundlage eines Arbeitsvertrages sind **nicht** erstattungsfähig).
- 5) Summe der an die/den Auszubildende/n im Kalenderjahr 2017 tatsächlich gezahlten Ausbildungsvergütung (Arbeitnehmer-Brutto, **ohne** Jahressonderzahlung und **ohne** Abschlussprämie).
- 6) Summe der für die/den Auszubildende/n im Kalenderjahr 2017 tatsächlich gezahlten Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung (Kranken-, Pflege-, Renten-, und Arbeitslosenversicherung, Insolvenzgeldumlage).
- 7) Summe aller im Kalenderjahr 2017 tatsächlich gezahlten Schichtzulagen **ohne** Abschlussprämie gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 3 BremAltPflAusgIV.
- 8) Summe der für die/den Auszubildende/n im Kalenderjahr 2017 tatsächlich gezahlten Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge.
- 9) Weiterbildungskosten gemäß § 17 Abs. 1a AltPflG in Verbindung mit § 83 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 SGB III (Kinderbetreuungskosten, Fahrtkosten und Kosten für auswärtige Unterbringung und Verpflegung) - **Nur im 3. Ausbildungsjahr Altenpflege**.
- 10) Höhe und Art der für die/den Auszubildende/n erhaltenen Förderungen von Seiten Dritter (z.B. ARGE, ESF). Diese sind von den angegebenen Ausbildungskosten abzuziehen.
- 11) Summe der in den Spalten 5-9 eingetragenen tatsächlichen Kosten abzgl. der erhaltenen Förderung (Spalte 10).

Datum / Stempel / Rechtsverbindliche Unterschrift