

Eingangsdatum:

Gesuchsnummer:

Gesuchsformular für Weiterbildungsbeiträge

(Bitte in Blockschrift ausfüllen und erst nach Kurs- oder Modulabschluss einreichen!)

1. Personalien Teilnehmer/in

Name: Vorname:

Adresse: PLZ / Ort:

Geburtsdatum: Nationalität:

Zivilstand: *Anzahl Kinder:

***Kopie des Nachweises der Unterstützungspflicht (Entscheid Kinderzulage / Lohnabrechnung etc.) der Kursanmeldung beilegen!**

Gesuche ohne Nachweis der Unterstützungspflicht gelten als nicht beitragsberechtigt. Nach erfolgter Kursabrechnung werden aufgrund verspätet eingereicherter Nachweise keine Nachzahlungen mehr geleistet!

2. Angaben zum Kursbesuch

*Kursbezeichnung und Kursnummer:

*Dauer des Kurses: von bis

*Total Kurstage:

*Kurskosten: CHF

Name des Kursorts/Schulungszentrums:

Adresse:

PLZ / Ort:

***Kursbestätigung, Rechnungskopie und Zahlungsquittung beilegen!**

Modul im Rahmen eines Lehrgangs: Ja Nein

Bezeichnung des Lehrgangs:

Wurden oder werden bereits anderweitige Unterstützungsbeiträge ausgezahlt oder in Aussicht gestellt? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art

und in welcher Höhe?

Bitte Seite 2 beachten!

3. Bestätigung des Arbeitgebers

Werden für den Kursteilnehmer regelmässig
Vollzugskostenbeiträge abgerechnet?
- Wenn Ja, seit wann?

Ja Nein

.....

Anstellungsgrad des Arbeitnehmers

In %

Ist der Kursteilnehmer noch in der Firma angestellt?

Ja Nein

- Wenn Nein, seit wann nicht mehr?

.....

*Zuletzt bezogener Lohn vor Beginn
des Kurses:

pro Monat CHF
(inkl. 13. Monatslohn)

***Kopie der Lohnabrechnung beilegen!**

pro Stunde CHF
(inkl. Ferien + 13. Monatslohn)

Welcher Anteil an der Lohnausfallentschädigung
wird durch die Firma übernommen?

CHF

In %

4. Ergänzende Bemerkungen

.....
.....

5. *Beitragsempfänger

ArbeitgeberIn ArbeitnehmerIn

***Einzahlungsschein beilegen!**

Name der Bank/Ort:

oder PC-Konto:

IBAN-Nr.:

6. Bestätigung der Angaben

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bezeugt:

Ort / Datum:

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber:

Unterschrift KursteilnehmerIn:

.....

.....

Durch die Paritätische Kommission auszufüllen!!

Anspruchsberechtigung: Ja (Abrechnung beiliegend) Nein

Ort / Datum:

Kürzel: