



Antrag auf Erstattung von Kosten für die Teilnahme an Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit

Wozu dient dieses Formular?

Falls Beschäftigten nach dem 31.03.2025 gekündigt wurde und ihnen eine Kündigungsfrist oder Kündigungsentschädigung von mindestens 30 Wochen zusteht, haben sie das Recht, Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu durchlaufen.

Die oder der Beschäftigte, der ehemalige Arbeitgeber oder der professionelle Dienstleister können in dem Fall bei dem LfA die Erstattung der Kosten dieser Maßnahme zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit in Höhe von bis zu 1.800 Euro beantragen.

Diese – auf 1 800 EUR gedeckelte – Kostenerstattung wird mit diesem Formular beantragt. Diesem Formular müssen alle nötigen Anlagen beigefügt werden.

Was müssen Sie konkret unternehmen?

Die Person, die die Kosten getragen hat, füllt dieses Formular aus und reicht es bei dem für den Wohnort der oder des Beschäftigten zuständigen Arbeitslosenamt des LfA ein.

Es müssen alle nötigen Anlagen beigefügt werden. Ohne diese Anlagen kann der Antrag nicht angenommen werden.

Die nötigen Anlagen sind:

- eine umfassende Beschreibung der durchlaufenen Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit;
- eine vom Empfänger unterzeichnete Erklärung, dass die durchlaufenen Maßnahmen tatsächlich darauf abzielten, Schritte im Hinblick auf eine Beschäftigung bei einem neuen Arbeitgeber oder auf eine Existenzgründung zu unternehmen;
- der Nachweis, dass die Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit tatsächlich und in ihrer Gesamtheit durchlaufen wurden;
- eine Übersicht über die Kosten der durchlaufenen Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und einen Nachweis über deren tatsächliche Zahlung.

Der Erstattungsantrag muss bei dem LfA spätestens am letzten Tag des dritten Quartals eingehen, das auf das Quartal folgt, in dem entweder das tatsächliche Ende der Kündigungsfrist oder das Ende des Zeitraums, den die Kündigungsentschädigung abdeckt, liegt.

Und dann?

Das LfA schickt Ihnen einen Brief mit seiner Entscheidung.

Benötigen Sie weitere Informationen?

Wenn Sie die Bedingungen für die Erstattung erfahren möchten oder andere Informationen benötigen, lesen Sie bitte das Infoblatt „T192“, das bei dem LfA oder auf der LfA-Website www.lfa.be erhältlich ist.

Diese Seite ist für Sie bestimmt, bitte fügen Sie sie Ihrem Antrag nicht bei.



Antrag auf Erstattung von Kosten für die Teilnahme an Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit

Artikel 39ter des Gesetzes vom 3. Juli 1978 über die Arbeitsverträge
Artikel 7, § 1, dritter Absatz, zh), und § 1nonies des Erlassgesetzes vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer, betreffend das Verfahren zur Erstattung von Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit

Königlicher Erlass vom 12. Juni 2024 zur Durchführung von Artikel 7, § 1, dritter Absatz, zh), und § 1nonies des Erlassgesetzes vom 28. Dezember 1944 über die soziale Sicherheit der Arbeitnehmer, betreffend das Verfahren zur Erstattung von Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit

Die Angaben werden in elektronischen Dateien verarbeitet und gespeichert. Nähere Informationen über den Schutz dieser Daten finden Sie in der Broschüre zum Thema Schutz des Privatlebens, die das Lfa für Sie bereithält.

RUBRIK I – IDENTIFIZIERUNGSANGABEN

Dieser Abschnitt muss immer vollständig ausgefüllt werden, auch wenn der Antrag nicht von dieser Person oder Instanz stammt.

ARBEITNEHMER/-IN

_____/_____-____/_____
ENSS(siehe Personalausweis) NACHNAME und Vorname

Adresse

ARBEITGEBER

Name oder Gesellschaftsname Arbeitgeberkategorie Paritätische Kommission

Unternehmensnummer (Pflichtfeld) oder [] LSS-Nummer

Adresse

PROFESSIONELLER DIENSTLEISTER

Name oder Gesellschaftsname Arbeitgeberkategorie Paritätische Kommission

Unternehmensnummer (Pflichtfeld) oder [] LSS-Nummer

Adresse

RUBRIK II – ANTRAG

IHR ANTRAG

Der oben genannte Arbeitgeber hat der oder dem oben genannten Arbeitnehmenden gekündigt. Die oder der Arbeitnehmende hatte zum Zeitpunkt der Mitteilung der Kündigung theoretisch Anspruch auf eine Kündigungsfrist von mindestens 30 Wochen.

Wenn das Enddatum dieses Zeitraums nicht bekannt ist, tragen Sie bitte das gesetzlich vorgesehene Enddatum ein.

Der Zeitraum, den die Kündigungsfrist oder Kündigungsentschädigung abdeckt, läuft vom

____/____/____ bis zum ____/____/____

Diese/-r Arbeitnehmende hat an Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit teilgenommen. Die Kosten, die dadurch entstanden sind, wurden getragen von:

Die Person, die die Kosten getragen hat, ist der Empfänger der Kostenerstattung.

- der oder dem Arbeitnehmenden
- dem Arbeitgeber
- dem professionellen Dienstleister

ERKLÄRUNG

Ich beschreibe die durchlaufenen Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit oder füge eine Anlage bei.

.....
.....
.....
.....
.....

Ich erkläre, dass die durchlaufenen Maßnahmen aus dem unten beschriebenen Grund oder den unten beschriebenen Gründen tatsächlich darauf abzielten, Schritte im Hinblick auf eine Beschäftigung bei einem neuen Arbeitgeber oder auf eine Existenzgründung zu unternehmen:

.....
.....
.....
.....
.....

Ich bestätige, dass die Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit tatsächlich und vollständig durchlaufen wurden.

Ich füge eine Übersicht über die Kosten der durchlaufenen Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und einen Nachweis über deren tatsächliche Zahlung bei.

Mir ist bekannt, dass keine Kostenerstattung gezahlt werden kann, wenn diese Erklärungen nicht abgegeben oder diese Unterlagen nicht beigefügt werden.

UNTERSCHRIFT

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass diese Erklärung richtig und vollständig ist.

Datum __ __ / __ __ / __ __ __ __

NAME und Unterschrift der oder des Arbeitnehmenden

Funktion des Empfängers (*)

() Nur auszufüllen, wenn Sie ein Arbeitgeber oder ein professioneller Dienstleister sind.*