Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 9

Europaplatz 1, 7000 Eisenstadt; Tel.Nr. 02682 (bzw. 057) / 600 DW 1060

E-Mail: post.a9-skf@bgld.gv.at

**Q**

#### antrag auf qualifikationsförderungszuschuss

|  |
| --- |
| **Der Antrag muss spätestens vier Monate nach Beendigung der Qualifikationsmaßnahme  beim Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 9 eingelangt sein.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |
| **Nachname** der antragstellenden Person |  | | **Vorname** der antragstellenden Person | |
|  | |  | | Anrede  Sehr geehrte Frau  Sehr geehrter Herr  keine Angabe |
| Geburtsdatum | |  | |  |
|  | |  | |  |
| Straße / Nr. | |  | | PLZ / Ort |
|  | |  | |  |
| E-Mail | |  | | Telefonnummer |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ich ersuche um Gewährung eines Qualifikationsförderungszuschusses aus Mitteln der Bgld. Arbeitnehmerförderung. | | | | | | | | | | | | | |
| Ich bin |  | beschäftigt | | | | | | |  |  |  | Zivil-/Präsenzdiener | |
|  |  | arbeitslos | | | | | | seit |  |  |  | in Karenz | |
|  |  | arbeitssuchend gemeldet | | | | | | seit |  |  |  | |
| Erlernter Beruf | | |  | | | | | | | | | | |
| Ausgeübter Beruf | | | |  | | | | | | | | | |
| Höchste abgeschlossene Ausbildung | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Ziel der Qualifikationsmaßnahme**  Weiterbildung im erlernten/ausgeübten Beruf  Weiterbildung für einen Berufswechsel | | | | | | | | | | | | | |
| Um Unterstützung wurde bei anderen Ämtern oder Stellen angesucht:  ja  nein | | | | | | | | | | | | | |
| wenn ja: Art der Beihilfe | | | | | |  | | | | | | | |
| Höhe der Beihilfe € | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche Verhältnisse der antragstellenden Person** | | | | | | | | | |
| Familienstand |  | ledig | |  |  |  | geschieden | seit |  |
|  |  | verheiratet | seit |  |  |  | verwitwet | seit |  |
|  |  | in Partnerschaft lebend | seit |  |  |  |  |  |
|  | (im gemeinsamen Haushalt) | | | | |
| Ehegatte/Ehegattin bzw. Lebensgefährte/Lebensgefährtin der antragstellenden Person hat:  eigenes Einkommen *(Einkommensnachweis beilegen!)*   kein eigenes Einkommen *(Alleinverdiener-, bzw. Mitversicherungsnachweis beilegen!)* | | | | | | | | | |

Antragstellende Person muss Kontoinhaber/in sein

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bankverbindung­­** | | | **IBAN** | **AT** |  |  |  |  |  |  |  | **­­­­­­** |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Beilagen (in Kopie – Originale werden nicht retourniert):** | |
|  | **Einkommensnachweis** der antragstellenden Person sowie des Ehegatten/  der Ehegattin bzw. des Lebensgefährten/der Lebensgefährtin während der Qualifikationsmaßnahme: |
| Gehalts/Lohnbestätigung   Nachweis über den Bezug von Arbeitslosengeld, Krankengeld, Kinderbetreuungsgeld  Einkommensteuerbescheid (bei Selbständigen)  Einheitswertbescheid bei nicht buchführenden Land- und Forstwirten | |
|  | **Kursbesuchsbestätigung** des Ausbildungsinstitutes |
|  | **Prüfungszeugnis** |
|  | **Rechnung** des Ausbildungsinstitutes |
|  | **Bestätigung der Kurskosteneinzahlung durch die antragstellende Person** (z.B. Zahlscheinabschnitt, Kontoauszug - Abbuchung der Kurskosten) |
|  | **Beschäftigungsnachweis** Im Falle eines Berufswechsels bzw. der AMS-Meldung als arbeitssuchend oder arbeitslos |
| **bei Alleinverdiener/Alleinverdienerin** | |
|  | Bestätigung des Finanzamtes über die Zuerkennung der Familienbeihilfe |
|  | Bestätigung der Krankenkasse über die Mitversicherung des Ehegatten/der Ehegattin bzw. des Lebensgefährten/der Lebensgefährtin |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ich nehme zur Kenntnis, dass die oben erhobenen personenbezogenen Daten zur Erfüllung des durch das Förderansuchen begründete Vertragsverhältnis (Fördervertrag) verarbeitet werden.  Der Zweck der Verarbeitung ist die Bearbeitung und Abwicklung des Förderantrages auf „**Qualifikationsförderungszuschuss**“ beim Amt der Burgenländischen Landesregierung. Die Daten dienen ausschließlich der Bearbeitung und Abwicklung des Antrages auf „**Qualifikationsförderungszuschuss**“.  Ich nehme zur Kenntnis, dass zugesprochene Förderungen in Berichten des Landes angeführt werden können.  Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur so lange aufbewahrt, wie dies durch  gesetzliche Pflichten nötig ist. Wir speichern die Daten jedenfalls solange gesetzliche  Aufbewahrungspflichten dieses vorsehen.  Ich bin darüber informiert, dass ich das Recht auf Auskunft über die erhobenen Daten,  Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung der Daten habe. Es besteht die Möglichkeit der Beschwerde bei der Datenschutzbehörde.  Datenschutzrechtlicher Verantwortlicher im Sinne der Datenschutz- Grundverordnung der  Europäischen Union, Verordnung (EU) Nr. 2016/679, ist das Amt der Burgenländischen  Landesregierung, Europaplatz 1, 7000 Eisenstadt.  E-Mail: post.datenschutz@bgld.gv.at  Internet: www.burgenland.at/datenschutz  Alternativ können Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten die KPMG Security Service GmbH,  Porzellangasse 51, 1090 Wien, E-Mail: post.datenschutzbeauftragter@bgld.gv.at wenden. | | |
|  | | |
| Ich erkläre,   1. dass ich mit der automationsunterstützten Datenverarbeitung zum Zwecke der Förderungsgewährung und mit der Überprüfung der Angaben und der Daten zum Hauptwohnsitz im Zentralen  Melderegister durch das Amt der Burgenländischen Landesregierung einverstanden bin; 2. dass ich mich verpflichte den Wegfall von Fördervoraussetzungen dem Amt der  Burgenländischen Landesregierung unverzüglich zu melden sowie 3. dass ich die Voraussetzungen gemäß Bgld. Arbeitnehmerförderungsgesetz über die  Gewährung des Qualifikationsförderungszuschusses anerkenne und die Förderung zurückerstatten werde, wenn diese durch unrichtige oder unvollständige Angaben zu Unrecht erwirkt wurde.  * Ich bin damit einverstanden, über den Stand meines Antrages per SMS informiert zu werden. * Ich bin damit einverstanden, im Falle von Rückfragen telefonisch kontaktiert zu werden. | | |
|  |  |  |
| Ort / Datum | Unterschrift der antragstellenden Person |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bestätigung des Ausbildungsinstitutes | | | | | | | | | | | | |
|  | Das Ausbildungsinstitut bestätigt, dass die antragstellende Person zum Kurs | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | angemeldet ist. | |
|  | Der Kurs wird vom | | |  | | | | | bis |  | | geführt. | |
|  | Kosten: € | |  | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | | | |  |  | | | | |  |
|  | Ort / Datum | | | | | |  | Unterschrift / Stampiglie des Ausbildungsinstitutes | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Bestätigung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin | | | | | | | | | | | | |
|  | Der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin bestätigt, dass die antragstellende Person | | | | | | | | | | | |  |
|  | seit |  | | | bis |  | | | | | beschäftigt ist bzw. | |  |
|  | mit |  | | | sein/ihr Dienstverhältnis gekündigt bzw. | | | | | | | |  |
|  | wie folgt eingeschränkt hat. | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | Auch wird bestätigt, dass die Absolvierung der Qualifikationsmaßnahme der antragstellenden | | | | | | | | | | | |  |
|  | Person als Besserqualifizierung in unserem Unternehmen dient. | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  |  | | | | |  |
|  | Ort / Datum | | | | | |  | Unterschrift / Stampiglie des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |