



Bundesversicherungsamt

Zuständige Stelle nach
dem Berufsbildungsgesetz

ANTRAG AUF EINTRAGUNG in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse

(Bitte **vollständig** ausfüllen)

Ausbildungsberuf: _____

Fachrichtung: _____

Auszubildende/r: _____
(Name, Vorname)

Geschlecht: m w

Geboren am/ in: _____
(tt.mm.jjjj) (Geburtsort)

Staatsangehörigkeit: _____

Behinderung (mind. 50%): ja nein

Anschrift: _____
(Straße, Hausnr.) (PLZ, Ort)

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ohne Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> Hochschul-/ Fachhochschulreife |
| <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> im Ausland erworbener Abschluss, nicht zuzuordnen |
| <input type="checkbox"/> Realschul- oder vergleichbarer Abschluss | |

Vorausgegangene Teilnahme an berufsvorbereitender Qualifizierung oder beruflicher Grundbildung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> schulisches Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) |
| <input type="checkbox"/> betriebliche Qualifizierungsmaßnahme | <input type="checkbox"/> schulisches Berufsgrundbildungsjahr (BGJ) |
| <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsmaßnahme | <input type="checkbox"/> Berufsfachschule ohne vollqualifizierenden Berufsabschluss |

Berufliche Vorbildung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ohne berufliche Vorbildung | <input type="checkbox"/> Berufsausbildung mit Ausbildungsvertrag, nicht erfolgreich beendet |
| <input type="checkbox"/> Berufsausbildung mit Ausbildungsvertrag, erfolgreich beendet | <input type="checkbox"/> rein schulisch (vollqualifizierender Berufsabschluss), erfolgreich beendet |

Nur auszufüllen, wenn der Auszubildende bei Ausbildungsbeginn noch minderjährig ist:

Gesetzliche Vertreter: _____
(Name, Vorname)

Anschrift: _____
(Straße, Hausnr.) (PLZ, Ort)

Ausbildungszeit: _____ bis _____
(tt.mm.jjjj) (tt.mm.jjjj)

Datum des Beginns der
Berufsausbildung: _____
(tt.mm.jjjj)

Probezeit: _____ bis _____
(tt.mm.jjjj) (tt.mm.jjjj)

Datum des Abschlusses des
Ausbildungsvertrages: _____
(tt.mm.jjjj)

Berufsschulort: _____

Ausbildender: _____

Anschrift des Ausbildenden: _____
(Straße, Hausnr.) (PLZ, Ort)

Anschrift der Ausbildungsstätte: _____
(Straße, Hausnr.) (PLZ, Ort)

Bundesland der Ausbildungsstätte: _____

Ausbilder: _____
(Name, Vorname) (Name, Vorname)

Öffentliche Förderung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine Förderung (überwiegend betriebliche Finanzierung) | <input type="checkbox"/> Förderung nach § 100 Nr. 3 SGB III / § 235 a und § 236 SGB III |
| <input type="checkbox"/> Sonderprogramm des Bundes/Landes | <input type="checkbox"/> <i>Nur bei Ausbildungsstätte in Brandenburg: Betriebsnahe Förderung</i> |
| <input type="checkbox"/> Förderung nach § 242 SGB III | |

Anlagen: Berufsausbildungsvertrag, Ausbildungsplan, bei Jugendlichen ärztliche Bescheinigung

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift und Siegel des Ausbildenden)