

Eingangsstempel

Förderungsnummer

Bitte jedes Feld sorgfältig in Druckschrift ausfüllen bzw. ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen.

Beachten Sie bitte die Hinweise auf Blatt 4 und die allgemeinen Hinweise im Merkblatt

Antrag auf Förderung einer beruflichen Aufstiegsfortbildung nach dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG)

Zeile

1	Haben Sie bereits früher einen Antrag auf Leistungen nach dem AFBG gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	---	-----------------------------	-------------------------------

2	Wenn ja, bei welchem Amt?	bisherige Förderungsnummer
---	---------------------------	----------------------------

1. Antragstellerin/Antragsteller

3	Familiename		Geburtsname – wenn abweichend	
4	Vorname(n)			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
5	Straße (Anschrift am ständigen Wohnsitz)			Hausnummer
6	ggf. Auslands-kennzeichen	Postleitzahl	Wohnort	
7	Bundesland			Steuerliche Identifikationsnummer ^① (nur bei Vollzeitmaßnahmen mit Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich)
8	Telefon (tagsüber erreichbar)			E-Mail – Angabe wird empfohlen
9	Geburtsdatum		Geburtsort	
10	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig seit <input type="text" value="Datum"/> <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben			
11	Staatsangehörigkeit ^② <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere, und zwar			
12	Staatsangehörigkeit der/des Ehegattin / Ehegatten / eingetragenen Lebenspartnerin / Lebenspartners, und zwar			Staatsangehörigkeit der Eltern, und zwar ^③

Bitte Nachweise beifügen

2. Der Bescheid soll nicht an mich, sondern gerichtet werden an:

13	Name, Bezeichnung ^④		Vorname(n)	
14	Anschrift (Straße)			Hausnummer
15	ggf. Auslands-kennzeichen	Postleitzahl	Wohnort	

3. Bankverbindung

16	Name und Sitz des Geldinstituts			
17	Name und Vorname der Kontoinhaber in / des Kontoinhabers (falls abweichend von Zeile 3 und 4)			
18	IBAN			BIC

Zeile **4. Ich beantrage die Förderung für folgende Fortbildungsmaßnahme / folgenden Maßnahmeabschnitt:** ⑤

19	Bezeichnung des angestrebten beruflichen öffentlich-rechtlichen Fortbildungsabschlusses		
20	Veranstalter	Telefon	
21	Beginn der Maßnahme / des Maßnahmeabschnitts	Ende der Maßnahme / des Maßnahmeabschnitts	
22	voraussichtliche Prüfungsstelle		
23	Bereitet der Lehrgang – abgesehen von dem angestrebten Abschluss in Ziff. 4 – auf einen weiteren Abschluss (z.B. Zertifikat oder öffentlich-rechtliche Prüfung) vor?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welcher Abschluss / welche Abschlüsse?		

5. Fortbildungsplan

Ich beabsichtige, folgende Maßnahme / Maßnahmeabschnitte zu absolvieren bzw. ich habe bereits absolviert:
(Bitte alle Maßnahmeabschnitte auflisten)

von / bis	Bezeichnung der Maßnahme / des Maßnahmeabschnitts	Vollzeit	Teilzeit	Unterrichtsstunden
10/17 – 6/18	<i>Meistervorbereitungslehrgang Teil I und Teil II</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	800
24				
25				
26				
27	Gesamtzahl der Unterrichtsstunden:			

28

Wenn bereits eine Förderung für diese Maßnahme bewilligt worden ist, gibt es Änderungen im Fortbildungsplan:

nein ja, weil

Wichtiger Hinweis:

Insbesondere bei selten angebotenen Fortbildungsteilen sollten Sie sich vor Antragstellung durch den Fortbildungsträger eine Absolvierung innerhalb des maximalen Zeitrahmens nach § 2 Absatz 3 AFBG zusichern lassen. Wird die Maßnahme von Ihnen nicht innerhalb des maximalen Zeitrahmens abgeschlossen, so wird die Förderung regelmäßig für die gesamte Maßnahme zurückgefordert und ist von Ihnen zu erstatten. Das betrifft auch zunächst geförderte Maßnahmeabschnitte, die noch innerhalb des maximalen Zeitrahmens absolviert wurden.

6a. Für die Maßnahme habe ich beantragt oder erhalte zusätzlich zum AFBG

- | | | | |
|----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 29 | – Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (Schüler- oder Studierenden-BAföG) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 30 | – Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (z.B. von der Agentur für Arbeit) oder nach dem Beruflichen Rehabilitationsgesetz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 31 | – Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 32 | – Gründungs- oder Existenzgründungszuschuss nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 33 | – Leistungen auf Grund einer vorhergehenden Krankheit oder eines Unfalls (Leistungen zur Rehabilitation nach den für einen Rehabilitationsträger im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch geltenden Vorschriften) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 34 | – Begabtenförderung nach den Richtlinien des Bundesministeriums für Bildung und Forschung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 35 | 6b. Andere Kostenerstattung für diese Maßnahme aus öffentlichen Mitteln oder vom Arbeitgeber oder von Fördereinrichtungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wichtiger Hinweis:

Auch eine zu einem späteren Zeitpunkt zugesagte oder erfolgte nachträgliche Kostenerstattung ist anzugeben und zu belegen.

36

beantragt bei / zahlende Stelle	EUR
---------------------------------	-----

7. Kosten der Maßnahme/des Maßnahmeabschnitts

Die Maßnahme / der Maßnahmeabschnitt findet statt in Vollzeitform in Teilzeitform als Fernlehrgang

- 37
- Ich beantrage die Förderung
- 38
- der Lehrgangs- und Prüfungsgebühren (Maßnahmebeitrag - bei Vollzeit- und Teilzeitmaßnahmen - bitte Rechenkopien beifügen; für die Prüfungsgebühren Rechnung/Bescheid in Kopie nachreichen)
- 39
- des Lebensunterhaltes (monatlicher Unterhaltsbeitrag - nur bei Vollzeitmaßnahmen)
- 40
- zusätzlich die Förderung der Kosten für das Meisterprüfungsprojekt / die fachpraktische Arbeit (Für die Abrechnung bitte zu gegebener Zeit Formblatt M ausfüllen.)

Wichtiger Hinweis:

Liegt der Prüfungstermin nach dem Maßnahmeende, können Teilnehmer/innen an Vollzeitmaßnahmen ggf. den Unterhaltsbetrag für bis zu weitere drei Monate auf Darlehensbasis erhalten (Bitte hierzu gesondertes Formblatt G ausfüllen).

BUS

Bitte
Nachweise
beifügen

Bitte
Nachweise
beifügen

Bitte
Nachweise
beifügen

Zeile **8. Tabellarischer schulischer – außer allgemeinbildenden Schulen – und beruflicher Werdegang, Lebenslauf (auch evtl. Hochschulabschlüsse und vorheriger auch abgebrochener Fort- und Weiterbildungen):**
(Bitte die jeweiligen Prüfungszeugnisse beifügen)

von – bis Monat/Jahr	besuchte Maßnahme / Bezeichnung / Tätigkeit	Abschluss
41		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
42		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
43		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
44		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
45		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
46		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte
Nachweise
beifügen

Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein Beiblatt. Das Beiblatt muss **unterschrieben** werden.

47 **Haben Sie für eine oder mehrere dieser Maßnahmen bzw. für eine sonstige Maßnahme eine Förderung nach dem AFBG erhalten, unabhängig davon, ob die Förderung zurückgezahlt wurde?** ja nein

48 wenn ja, wann für welche?

49

Nur bei Vollzeitmaßnahmen oder wenn ein Kinderbetreuungszuschlag beantragt wird

9. Kinder, soweit für sie ein Kindergeldanspruch besteht: (weitere Kinder bitte auf zusätzlichem Blatt angeben) ⑥

	1. Kind			2. Kind			3. Kind					
50	Familiename, Vorname(n)											
51	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr			
52	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
53	bei den Eltern / einem Elternteil <input type="checkbox"/>			nicht im Haushalt der Teilnehmerin/ des Teilnehmers <input type="checkbox"/>			bei den Eltern / einem Elternteil <input type="checkbox"/>			nicht im Haushalt der Teilnehmerin/ des Teilnehmers <input type="checkbox"/>		
54	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
55	wenn nein, Kind nur im Verhältnis zum Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner											
56	zur/zum Teilnehmerin/Teilnehmer											
57	Stiefkind, Pflegekind, Enkelkind, soweit im Haushalt aufgenommen <input type="checkbox"/>											
58	Bei Schülern und Studierenden: derzeitige Klasse/Semester											
59	Bei Auszubildenden: Name und Art der Ausbildungsstätte/ Ausbildungsverhältnis											
60	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr			
61	voraussichtliches Ausbildungsende											
62	voraussichtlicher Abschluss als											
63	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
64	Art der Einnahme/n ⑦ (Belege bitte beifügen)											
65	Euro			Euro			Euro					

Bitte
Nachweise
beifügen

BUS

Zeile **10. Nur für alleinerziehende Teilnehmerinnen / Teilnehmer an einer Fortbildungsmaßnahme**

Während der Maßnahme / der Maßnahmeabschnitte betreue ich das Kind / die Kinder

67	Familienname, Vorname(n)	Familienname, Vorname(n)	Familienname, Vorname(n)
----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

in meinem Haushalt. Das Kind/Die Kinder ist/sind unter 10 Jahre/n und ich wohne nicht in einer Hausgemeinschaft mit anderen volljährigen Personen, die nicht Kinder im Sinne von Nummer 10 sind.

Nur bei Vollzeitmaßnahmen:

11. Angaben zum Einkommen / Vermögen

- 68 Ich erziele während der Fortbildung voraussichtlich Einkommen gem. Anlage 1 zum Formblatt A ja nein
- 69 Ich verfüge zum Zeitpunkt der Antragstellung über Vermögen gem. Anlage 1 zum Formblatt A ja nein
- 70 Ich habe noch nicht bewilligte Sozialleistungen (z. B. Waisenrente) beantragt ja nein

Wichtiger Hinweis:

Nachträgliche Einnahmen/bewilligte Sozialleistungen werde ich unverzüglich und unaufgefordert mit der Anlage 1 zum Formblatt A als Änderungsmitteilung nachweisen.

12. Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Maßnahme

Angaben zur Krankenversicherung

- 71 Ich bin gesetzlich familienversichert. ja nein
- 72 Ich bin selbst gesetzlich versichert (Bitte Krankenversicherungsbescheinigung bzw. Versicherungsvertrag in Kopie beifügen). ja nein
- 73 Ich bin privat versichert. (Bitte Bescheinigung des Versicherungsunternehmens beifügen, mit Angaben zu Ihrem Monatsbeitrag zum Zeitpunkt der Antragstellung sowie zu der Frage, ob Ihre Vertragsleistungen auch gesondert berechenbare Unterkunft und wahlärztliche Leistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung umfassen.) ja nein

Bitte Nachweise beifügen

Angaben zur Pflegeversicherung

- 74 Ich bin selbst beitragspflichtig pflegeversichert nein ja, bei
(Bitte Nachweis vorlegen)

Wichtige Hinweise

Mir ist bekannt,

- dass eine regelmäßige Teilnahme an der Maßnahme verpflichtend ist und zum Nachweis der regelmäßigen Teilnahme sechs Monate nach Beginn, zum Ende und bei Abbruch der Maßnahme bzw. bei bis zum 31.07.2016 begonnenen Maßnahmen spätestens nach der Hälfte der Laufzeit der Maßnahme ein Teilnahmenachweis (Formblatt F) vorgelegt werden muss.
- dass eine regelmäßige Teilnahme nur dann vorliegt, wenn die Teilnahme an 70 Prozent der Präsenzstunden und bei Fernunterricht oder bei mediengestütztem Unterricht an 70 Prozent der Leistungskontrollen nachgewiesen wird (§ 9a).
- dass ich bei einer Teilnahme an einer Fortbildungsmaßnahme verpflichtet bin, **jede Änderung** meiner Fortbildung (z. B. Nichtantritt, Abbruch, Unterbrechung, auch wegen Krankheit oder Schwangerschaft, Änderung, Kündigung, nicht regelmäßige Teilnahme etc.) **unverzüglich der zuständigen AFBG-Stelle mitzuteilen.**
- dass ich verpflichtet bin, jede sonstige förderrelevante Änderung, wie z. B. Anschrift, Bankverbindung, anderweitige Kosten-erstattung bei Vollzeitmaßnahmen, zusätzlich jede Änderung
 - meiner wirtschaftlichen Verhältnisse (z.B. des von mir erzielten Einkommens) sowie
 - meiner Familiensituation (z.B. Scheidung, Wohnortwechsel)
 über die in diesem Antrag Erklärungen abgegeben worden sind, **unverzüglich der zuständigen AFBG-Stelle schriftlich anzuzeigen.**
- dass **unrichtige oder unvollständige Angaben oder die Unterlassung von Änderungsanzeigen strafrechtlich verfolgt oder als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße geahndet werden können und dass zu Unrecht gezahlte Beträge zurückgefordert werden.**
- dass meine Angaben in dieser Erklärung überprüft werden können,
- dass im Falle der Bewilligung von Bankdarlehen der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) die für die Darlehensrückerstattung erforderlichen Daten zwischen der Kreditanstalt für Wiederaufbau und der AFBG-Behörde ausgetauscht werden.

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, meine Adresse, meine Telefonnummer sowie ggf. meine E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme für eine Evaluierung des AFBG verwendet und an ein zu diesem Zweck vom Bundesministerium für Bildung und Forschung beauftragtes Forschungsinstitut weitergeleitet werden können. ja nein

- 75 Ich bestätige, dass ich die Hinweise zum Antrag auf Förderung nach dem AFBG sowie das Hinweisblatt bzw. die Hinweise unter www.aufstiegs-bafög.de/hinweise zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe. Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind und im amtlichen Formblatt keine Änderungen vorgenommen wurden.

76	Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers X
----	------------	---

Unterschrift nicht vergessen

Hinweise zum Ausfüllen des Formblattes A

Nach § 27a AFBG i. V. m. § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Sachaufklärung erforderlich sind, und die verlangten Nachweise vorzulegen. Ihre Angaben sind gemäß den Vorschriften des AFBG (§ 19 Abs. 2 AFBG, § 21 Abs. 2 AFBG) für die Entscheidung über den Antrag notwendig. Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach, kann Ihnen die Förderung nach dem AFBG versagt oder entzogen werden (§ 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch). Die Daten werden maschinell verarbeitet und gespeichert. Informationen zu Ihren datenschutzrechtlichen Informationsrechten nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie im Hinweisblatt zur AFBG-Antragstellung sowie auch unter www.aufstiegs-bafög.de/hinweise.

- ① Die Steuer-ID ist erforderlich für eine jährliche Meldung an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen, in welchem Umfang eine Förderung zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung geleistet worden ist.
- ② Ausländerinnen und Ausländer bitte Pass oder Passersatz sowie Nachweis über Aufenthaltstitel (z.B. Niederlassungserlaubnis) vorlegen, ggf. ist zusätzlich Anlage 3 zu Formblatt A auszufüllen.
- ③ Nur auszufüllen, soweit die Antragstellerin/der Antragsteller nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzt.
- ④ Eltern, Betreuer o .ä.
- ⑤ Eine Förderung nach dem AFBG wird für eine, in Ausnahmefällen auch eine weitere Fortbildung geleistet. Eine Fortbildungsmaßnahme kann aus mehreren Maßnahmeabschnitten (z.B. Teil I bis IV des Meisterlehrgangs) bestehen.
- ⑥ Kinder der Teilnehmerin / des Teilnehmers sind eheliche, für ehelich erklärte, an Kindes statt angenommene und nichteheliche Kinder sowie andere Personen im Sinne des § 2 Bundeskindergeldgesetz, für die ein Anspruch auf Kindergeld besteht.
- ⑦ Einnahmen sind zum Beispiel Ausbildungsvergütungen, Einnahmen aus einem Arbeitsverhältnis, Ferien- oder Gelegenheitsarbeit und Unterhaltsleistungen, soweit nicht vom erklärenden Elternteil.

BUS