Anlage 3: **Eigenerklärung des Ausbildungsunternehmens**
(Kopiervorlage)

Antragsnummer:

Antrag Ausbildung - Ergänzungslehrgänge
Formularversion: V 1.8 vom 27.05.19

Die folgenden Angaben werden zur Prüfung der Voraussetzungen für die Förderung von überbetrieblichen Ergänzungslehrgängen und Lehrgängen für Zusatzqualifiaktionen zur Vermittlung von digitalen Kompetenzen benötigt:

Name des Unternehmens:	
Vertretungsberechtigte/r:	
Anschrift des Unternehmens:	
	Straße
	PLZ / Ort

Anzahl der Vollbeschäftigten in Thüringen zum _____ Anzahl _____

Stichtag ist der 01.01. des Jahres in dem der Antrag gestellt wird.

Berücksichtigen Sie bitte folgende Hinweise zur Ermittlung der Beschäftigtenzahl

1. Jedes rechtlich selbstständige Unternehmen ist ein für sich zählendes Unternehmen, auch wenn verschiedene Unternehmen unter gleichem Namen firmieren (z. B. Handel).

2. Franchisenehmer sind selbstständige Unternehmen. Die Beschäftigten bei den Franchisenehmern werden den Franchisegebern nicht angerechnet.

3. Für die Berechnung der Anzahl der vollbeschäftigten Mitarbeiter eines Unternehmens ist zunächst die jeweils geltende Rechtsgrundlage zum Arbeitszeitumfang für Vollzeitbeschäftigte heranzuziehen (kann also 40 Wochenstunden betragen, aber auch 38 Wochenstunden, je nach Tarifvertrag). Ein Teilzeitarbeitsplatz wird im Verhältnis der jährlichen Arbeitsstunden zu der Anzahl der Arbeitsstunden eines Vollzeitarbeitsplatzes anteilig berücksichtigt.

   Beispiele:
   - Vier Halbtagsbeschäftigte ergeben rechnerisch zwei Vollzeitbeschäftigte.
   - Bei lt. Tarif zugrunde zu legenden 40 Wochenstunden in Vollzeit ergeben zwei Teilzeitbeschäftigte mit 20 Wochenstunden und vier Teilzeitbeschäftigte mit 30 Wochenstunden rechnerisch vier Vollzeitbeschäftigte

4. Im Unternehmen beschäftigte Leiharbeitnehmer werden dem Unternehmen zugerechnet, nicht dem Verleihunternehmen. Bei Teilzeitbeschäftigung von Leiharbeitnehmern gilt der Hinweis zur Berechnung von vollbeschäftigten Mitarbeitern, vorheriger Anstrich.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift/-en
Bitte den Namen in Druckbuchstaben angeben!

ESF EUROPA FÜR THÜRINGEN
EUROPÄISCHER SOZIALFONDS

EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds