SOZIALKASSE DES BERLINER BAUGEWERBES
Lückstr. 72/73 • 10317 Berlin • Telefon 5 15 39-0 www.sozialkasse-berlin.de

Formular zur Meldung der Beendigung eines Ausbildungsverhältnisses

R

Betriebskonto-Nr. / Prüfziffer
0 ☐☐☐☐☐☐☐

Herr ☐ **Frau** ☐

Familienname **ggf. Geburtsname** **Geburtsdatum** TT.MM.JJJJ

Vorname

Straße, Hausnummer **Ständige Heimatanschrift (Ort, Kreis)**

Postleitzahl

Arbeitnehmernummer Personal-Nr.: (falls gewünscht)

Angaben zum Ausbildungsverhältnis

Ausbildungsende technisch oder kaufmännisch sowie gewerblich Auszubildende(r)
Tag Mon. Jahr
☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ mit Abschluss
☐ ohne Abschluss

Angaben zum Urlaub

Dem/der gewerblich Auszubildenden wurde im Kalenderjahr der Beendigung seines/ihres Ausbildungsverhältnisses folgender Urlaub gewährt:

☐☐ Tag(e)

Anmeldung als gewerbliche(r) Arbeitnehmer(in)

Nein ☐
Ja ☐

Beschäftigt ab: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ Schwerbehindert
(Bitte Bescheid des Versorgungsamts beifügen)

Interne Vermerke der Sozialkasse des Berliner Baugewerbes:

☐ Ausbildungsende erfasst
☐ Erstattungsantrag rechnerisch geprüft
☐ Nachweis für den Auszubildenden erstellt
☐ Gewerbliche Beschäftigung erfasst

Datum / Sachbearbeiter/in

Erstattungsantrag

Ich/wir beantrage(n) die Erstattung der gezahlten Ausbildungsvergütung für die/den oben genannte(n) gewerbliche(n) Auszubildende(n) für den
1. Monat des 3. Ausbildungsjahres

	EUR
Monat / Jahr ☐☐/☐☐	☐☐☐☐,☐☐
☐☐ Tage Wegekosten à ☐☐,☐☐	☐☐☐☐,☐☐
Ausbildungsvergütung / Wegekosten	☐☐☐☐,☐☐
20 % Sozialaufwand	☐☐☐☐,☐☐
Erstattungsbetrag	☐☐☐☐,☐☐

Ich bin/wir sind darüber informiert, dass der Erstattungsbetrag

- bei vorhandener Leistungsrückforderung zunächst von der Sozialkasse verrechnet wird, bei Beitrags- und/oder Melderückständen oder Teilnahme am Spitzenausgleichsverfahren an das Beitragskonto bei der Einzugsstelle weitergeleitet und bei ausgeglichenem Beitragskonto auf mein/unser Bankkonto überwiesen wird.
- bei Beendigung des Ausbildungsverhältnisses ohne Abschluss im 3. Ausbildungsjahr unter dem Vorbehalt erfolgt, dass die Ausbildung nicht in einem anderen Betrieb zu Ende geführt wird und dass in diesem Fall dieser Betrag von der Sozialkasse zurückgefordert wird (vgl. § 19 Abs. 2 Tarifvertrag über die Berufsbildung im Baugewerbe).

Ich/wir bestätige(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben auf diesem Formular gemäß der allgemein verbindlichen Sozialkassentarifverträge. Die zur Erstattung geltend gemachten Beträge wurden der/dem Auszubildenden gewährt.

Datum rechtsverbindliche Unterschrift/Firmenstempel

Stand: 09/2003