|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arbeitsmarktliche Massnahmen AVIG**Gesuch um Berechnungder Ausbildungszuschüsse**Das Gesuch ist spätestens 4 Wochen vor Beginn des nächsten Ausbildungsjahres vom Arbeitgeber bei der Amtsstelle einzureichen. | Eingangsdatum |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname      | SV-Nr.      |
| PLZ, Wohnort, Strasse, Nummer      | Geburtsdatum      |
| Arbeitgeber (Name und Adresse)      | Ausbildungsperiodevon       (Jahr) bis       (Jahr) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| War die/der Versicherte im abgelaufenen Jahr arbeitsunfähig? | [ ]  | Ja | [ ]  | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Falls ja, bitte genauere Angaben | von | bis |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hat die/der Versicherte während seiner Arbeitsunfähigkeit Leistungen von anderen Versicherungen bezogen? | [ ]  | Ja | [ ]  | Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Falls ja, bitte genauere Angaben, welche: | wie viel in CHF |
|       |       |
|       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wie hoch wird der Bruttolohn im nächsten Ausbildungsjahr sein? | CHF |       |

|  |
| --- |
| **Kurzbericht des Arbeitgebers über das abgelaufene Ausbildungsjahr:**      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort und Datum      |  | Der Arbeitgeber (Stempel und Unterschrift) |
| Eingesehen: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort und Datum      |  | Die/Der Versicherte      |