

Eingangsstempel

Förderungsnummer

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

Beachten Sie bitte die Hinweise auf Seite 5 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?**  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Amt?

bisherige Förderungsnummer

## 1. Antragstellerin/Antragsteller

3 Familienname		Geburtsname - wenn abweichend -	
4 Vorname(n)			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
5 Straße (Anschrift am ständigen Wohnsitz)			Hausnummer
6 ggf. Ausl.-Kennzeichen	Postleitzahl	Wohnort	
7 Bundesland		Steuerliche Identifikationsnummer <input type="checkbox"/> (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		<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend
		<input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben
		<input type="checkbox"/> verwitwet	Datum (TT.MM.JJJJ) seit:
11 Staatsangehörigkeit <input type="radio"/>			
<input type="checkbox"/> deutsch		<input type="checkbox"/> andere, und zwar	
12 Staatsangehörigkeit der/des Ehegattin/Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnerin/Lebenspartners, und zwar <input type="radio"/>		Staatsangehörigkeit der Eltern, und zwar <input type="radio"/>	

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

13 Name/Bezeichnung <input type="radio"/>		Vorname(n)	
14 Anschrift (Straße)			Hausnummer
15 ggf. Ausl.-Kennzeichen	Postleitzahl	Wohnort	

## 3. Bankverbindung

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

## 4. Ich beantrage die Förderung für folgende Fortbildungsmaßnahme/folgende Maßnahmeabschnitte:

19 Bezeichnung des angestrebten beruflichen öffentlich-rechtlichen Fortbildungsabschlusses	
20 Veranstalter	Telefon
21 Beginn der Maßnahme/ des Maßnahmeabschnitts	Ende der Maßnahme/ des Maßnahmeabschnitts

Bitte Nachweise beifügen

Zeile voraussichtliche Prüfungsstelle

22 Bereitet der Lehrgang – abgesehen von dem angestrebten Abschluss in Ziff. 4 – auf einen weiteren Abschluss (z.B. Zertifikat oder öffentlich-rechtliche Prüfung) vor?  ja  nein

23 Wenn ja, welcher Abschluss/ welche Abschlüsse

**5. Fortbildungsplan**

**Ich beabsichtige, folgende Maßnahme/Maßnahmeabschnitte zu absolvieren bzw. ich habe bereits absolviert:**

(Bitte alle Maßnahmeabschnitte auflühren)

von/bis	Bezeichnung der Maßnahme/des Maßnahmeabschnittes	Vollzeit	Teilzeit	Unterrichtsstunden
10/17 - 6/18	<b>z.B.</b> Meistervorbereitungslehrgang Teil I und Teil II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	800
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesamtzahl der Unterrichtsstunden:				

29 **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**

- 30 – Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (Schüler- oder Studierenden-BAföG)  ja  nein
- 31 – Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (z.B. von der Agentur für Arbeit) oder nach dem Beruflichen Rehabilitierungsgesetz  ja  nein
- 32 – Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch  ja  nein
- 33 – Gründungs- oder Existenzgründungszuschuss nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch  ja  nein
- 34 – 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)  ja  nein
- 35 – Begabtenförderung nach den Richtlinien des Bundesministeriums für Bildung und Forschung  ja  nein

**6b. Andere Kostenerstattung für diese Maßnahme aus öffentlichen Mitteln oder vom Arbeitgeber oder von Fördereinrichtungen**

ja  nein

**Wichtiger Hinweis:**

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

37 beantragt bei/zahlende Stelle €

**7. Kosten der Maßnahme/des Maßnahmeabschnittes**

- 38 Die Maßnahme/der Maßnahmeabschnitt findet statt in  Vollzeitform  Teilzeitform  Fernlehrgang
- Ich beantrage die Förderung
- 39  der Lehrgangs- und Prüfungsgebühren (Maßnahmebeitrag - bei Vollzeit- und Teilzeitmaßnahmen - bitte Rechnungskopien beifügen; für die Prüfungsgebühren Rechnung/Bescheid in Kopie nachreichen)
- 40  des Lebensunterhaltes (monatlicher Unterhaltsbeitrag - nur bei Vollzeitmaßnahmen)
- 41  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).

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
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
47		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

48 **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

49	wenn ja, wann	Datum (TT.MM.JJJJ)	für welche	
50	Förderungsnummer		Zuständiges Amt	

**Nur bei Vollzeitmaßnahmen oder wenn ein Kinderbetreuungszuschlag beantragt wird**

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

	1. Kind	2. Kind	3. Kind
51	Familiennamen, Vorname(n)		
52	Geburtsdatum		
53	Behinderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
54	Wohnung <input type="checkbox"/> bei den Eltern/einem Elternteil <input type="checkbox"/> nicht im Haushalt der Teilnehmerin/des Teilnehmers		
55	Gemeinsames Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
56	wenn nein, Kind nur im Verhältnis zum/zur Ehegatten/in / eingetragenen Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> zur/zum Teilnehmerin/Teilnehmer <input type="checkbox"/> Stiefkind, Pflegekind, Enkelkind soweit im Haushalt aufgenommen		
57			
58			
59	Bei Schülern und Studierenden: Derzeitige Klasse/Semester		
60	Bei Auszubildenden: Name und Art der Ausbildungsstätte/des Ausbildungsverhältnisses		
61	Ausbildungsbeginn Datum (TT.MM.JJJJ)		
62	voraussichtliches Ausbildungsende Datum (TT.MM.JJJJ)		
63	voraussichtlicher Abschluss als Art		
64	Ausbildungsmaßnahmen zur beruflichen Förderung als behinderter Mensch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
65	Art der Einnahme/n <input type="radio"/> (Belege bitte beifügen)		
66	Einnahmen monatlich €		

Bitte Nachweise beifügen

Bitte Nachweise beifügen

Zeile **10. Nur für alleinerziehende Teilnehmerinnen/Teilnehmer an einer Fortbildungsmaßnahme**  
Während der Maßnahme/der Maßnahmeabschnitte betreue ich das Kind/die Kinder

Bitte  
Nach-  
weise  
beifügen

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 häuslicher Gemeinschaft mit anderen 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	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
69	Ich verfüge zum Zeitpunkt der Antragstellung über Vermögen gem. Anlage 1 zum Formblatt A	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
70	Ich habe noch nicht bewilligte Sozialleistungen (z.B. Waisenrente) beantragt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
72	Ich bin selbst gesetzlich versichert. (Bitte Krankenversicherungsbescheinigung bzw. Versicherungsvertrag in Kopie beifügen.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte  
Nach-  
weise  
beifügen

##### Angaben zur Pflegeversicherung

74	Ich bin selbst beitragspflichtig pflegeversichert	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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 Kostenerstattung 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 weiter geleitet werden können.

75	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
----	-----------------------------	-------------------------------

**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](http://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.**

Unter-  
schrift nicht  
vergessen

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



## 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](http://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 nicht-eheliche 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.