

## **Antrag auf einen Zuschuss nach dem Sozialdienstleister- Einsatzgesetz-SodEG für Zeiträume ab 01.01.2022 bis 30.06.2022 (Gültigkeit ab 01.01.2022) beim Eigenbetrieb Jobcenter Vorpommern-Rügen**

Zu Ihren Angaben ist zu beachten, dass nur für Zeiten, in denen ein Rechtsverhältnis mit dem Eigenbetrieb Jobcenter besteht, Zuschüsse nach dem SodEG gewährt werden können.

### **1. Erklärung des Bestehens einer Rechtsbeziehung**

Ich versichere, dass ich zum Zeitraum vom 01.01.2022 bis 30.06.2022 als sozialer Dienstleister zur Erfüllung von Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch mit dem **Eigenbetrieb Jobcenter Vorpommern-Rügen** in der Zeit

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

in einem Rechtsverhältnis stehe. Änderungen in Bezug auf das Rechtsverhältnis zeige ich unverzüglich an.

Ort:

Datum:

Unterschrift und Firmenstempel

### **2. Beantragungszeitpunkt**

Ich beantrage einen Zuschuss nach § 3 SodEG bei dem **Eigenbetrieb Jobcenter Vorpommern-Rügen** ab

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ .

### **3. Grundlage für die Berechnung des Zuschusses**

Die Zahlungen, die ich vom Eigenbetrieb Jobcenter Vorpommern-Rügen im Zeitraum vom 01.03.2019 bis 29.02.2020 erhalten habe, bestätige ich mit der beigefügten Anlage 1.

### **Vorrangige Mittel**

Um den Bestand meines Unternehmens/meiner Einrichtung selbständig zu sichern, habe ich nachfolgende vorrangige Mittel beantragt bzw. beziehe ich Mittel aus:

### **Bestehende Rechtsverhältnisse**

Rechtsverhältnisse nach § 2 Satz 2 SodEG, die vorbehaltlich der hoheitlichen Entscheidungen im Sinne von § 2 Satz 3 SodEG weiterhin möglich sind.

Ja

Nein

Wie hoch sind die geschätzten Einnahmen pro Kalendermonat für Maßnahmen, die Sie weiterhin in Präsenz und/oder alternativer Form (insbesondere online, telefonisch) durchführen?

Höhe pro Kalendermonat in Euro:

### **Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz**

Haben Sie Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz beantragt?

Ja

Nein

Erhalten Sie bereits Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz?

Ja

Nein

Falls ja, in welcher Höhe erhalten Sie Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz?

Höhe pro Kalendermonat in Euro

### **Leistungen für den Verbleib in Beschäftigung**

Haben Sie Leistungen für den Verbleib in Beschäftigung nach dem Sechsten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (Kurzarbeitergeld bzw. Transferleistungen) beantragt?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele Mitarbeitende beschäftigen Sie versicherungspflichtig?

Für wie viele Mitarbeitende darunter haben Sie Kurzarbeitergeld beantragt?

Erhalten Sie bereits Kurzarbeitergeld?

Ja

Nein

Falls ja, in welcher Höhe erhalten Sie Kurzarbeitergeld pro Kalendermonat?

Höhe pro Kalendermonat in Euro

### **Zuschüsse des Bundes und der Länder**

Haben Sie Zuschüsse des Bundes und/oder der Länder an soziale Dienstleister auf Grundlage gesetzlicher Regelungen beantragt?

Ja

Nein

Erhalten Sie Zuschüsse des Bundes und/oder der Länder aufgrund gesetzlicher Regelungen (Gesetze und Rechtsverordnungen)?

Ja

Nein

Welche Mittel in welcher Höhe erhalten Sie pro Kalendermonat?

Art der Mittel:

Höhe pro Kalendermonat in Euro:

Art der Mittel:

Höhe pro Kalendermonat in Euro:

Art der Mittel:

Höhe pro Kalendermonat in Euro:

Art der Mittel:

Höhe pro Kalendermonat in Euro:

#### **4. Honorarlehrkräfte**

Wie ist in Ihrem Unternehmen/Ihrer Einrichtung das Verhältnis von versicherungspflichtig beschäftigten Lehrkräften zu Honorarlehrkräften, die mit der Durchführung von Maßnahmen, auf die in der Anlage 1 Bezug genommen wird, nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch betraut sind?

in Prozent versicherungspflichtig beschäftigte Lehrkräfte

in Prozent Honorarlehrkräfte

Beabsichtigen Sie, Zahlungen in Höhe von mindestens 75 % des bisherigen Umfangs an Ihre Honorarlehrkräfte fortzuführen, auch ohne diese ggf. weiter einsetzen zu können?

Ja

Nein

Wenn ja, führen Sie bitte die entsprechenden Honorarkräfte mit Vorname, Name und Geburtsdatum und Firmenanschrift der Honorarlehrkraft auf:

## 5. Antragstellung bei anderen Leistungsträgern

Wurde auch ein Antrag bei anderen Leistungsträgern gestellt?

Ja

Nein

Wenn ja, bei welchen Leistungsträgern?

Deutsche Rentenversicherung

Unfallversicherung

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

Agentur für Arbeit

Benennen Sie bitte die Agenturen für Arbeit im gleichen Bezirk.

Sonstige:

## 6. Ausschluss eines Insolvenzverfahrens

Befindet sich Ihr Unternehmen/Ihre Einrichtung/in einem Insolvenzverfahren?

Ja

Nein

## 7. Bankverbindung

Die bewilligte Leistung bitte(n) ich/wir zu überweisen

IBAN

BIC

Bei (Geldinstitut)

## 8. Weitere Anlagen

Es wurden noch

Blätter beigefügt, da der im Antragsformular für einzelne Fragen vorgesehene Platz nicht ausreichend war.

Ort

Datum

Unterschrift und Firmenstempel