wird von der zuständigen Stelle ausgefüllt					
Verz.- Nr.:		eingetragen am:		gelöscht am:	

Absender

Zurück an:

Thüringer Landesverwaltungsamt
Referat 120 – zuständige Stelle
Jorge-Semprún-Platz 4
99423 Weimar

* Diese Felder müssen ausgefüllt werden
Auswahlfelder
Datumsangaben in TT.MM.JJJJ

Anzeige eines Umschulungsverhältnisses

1. Umzuschulende/r

Vorname*:		PLZ und Wohnort*:	
Name*:		Straße, Hausnummer*:	
Geschlecht*:		Bundesland*:	
Geburtsdatum*:		Ist der/die Umzuschulende Schwerbehindert*:	
Geburtsort*:			
Telefon*:			
Staatsangehörigkeit*:		E-Mail:	

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss des/der Umzuschulenden*:

Vorausgegangene Teilnahme an berufsvorbereitender Qualifizierung oder beruflicher Grundbildung (Mehrfachnennung möglich):

☐ nein ☐ ja

Teilnahme
- ☐ an betrieblicher Qualifizierungsmaßnahme
- ☐ an Berufsvorbereitungsmaßnahme
- ☐ an schulischem Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)
- ☐ an schulischem Berufsgrundbildungsjahr (BGJ)
- ☐ Besuch einer Berufsfachschule ohne vollqualifizierenden Berufsabschluss

Berufliche Fortbildung (Berufsausbildung) / (Mehrfachnennung möglich):

☐ nein ☐ ja

vorherige Berufsausbildung
- ☐ mit Ausbildungsvertrag, erfolgreich beendet (Nachweis)
- ☐ mit Ausbildungsvertrag, nicht erfolgreich beendet
- ☐ rein schulische Berufsausbildung; erfolgreich beendet (Nachweis)

2. Umschulender (Behörde)

Name/Bezeichnung*:

Anschrift:

Zuordnung*: ☐ Bundesbehörde ☐ Kommunalbehörde ☐ Landesbehörde ☐ sonstige Einrichtung

3. Umschulungsträger / Kostenträger

Name/Bezeichnung*:

Anschrift:

4. Umschulungsverhältnis	
Umschulung im anerkannten Ausbildungsberuf*:	
Berufsschule*:	
Der Umschulungsvertrag wurde abgeschlossen am*: vertragliche Umschulungszeit:	vom* bis*
Dauer der täglichen / wöchentlichen Arbeitszeit:	/
Art der Förderung bei überwiegend öffentlich geförderten Umschulungsverhältnissen: ☐ nein Ja, als ☐ Sonderprogramm des Bundes/Landes ☐ Förderung der Berufsausbildung für sozial Benachteiligte bzw. Lernbeeinträchtigte, deren Berufsausbildungsverhältnis im ersten Jahr der Ausbildung gelöst wurde und die ihre Ausbildung in einer außerbetrieblichen Einrichtung fortsetzen Grundlage: § 74 (1)2 SGB III, § 76 SGB III und § 78 SGB III ☐ Förderung der Berufsausbildung für Menschen mit Behinderungen Grundlage: § 73, 1 und 2 SGB III, § 115,2 SGB III, § 116,2 und 4 SGB III und § 117 SGB III	
Es erfolgt eine überbetriebliche Ausbildung* (bitte Kopie Kooperationsvereinbarung beifügen):	☐ nein ☐ ja bei:
5. Umschulungsstätte (wenn diese von Nr. 2 abweicht)	
Name/Bezeichnung:	
Anschrift:	
6. Persönlich und fachlich geeignete/r Ausbilder/in (inhaltliche Durchführung der Umschulung)	
Vorname, Name*:	
Telefon:	
E-Mail:	
Eine aktuelle Ausbilderkarte liegt	☐ bereits vor. ☐ als Anlage bei.
Eine Bestellung durch den Umschulenden liegt	☐ bereits vor. ☐ als Anlage bei.
7. Ansprechpartner/in und Adressat für die zuständige Stelle**	
Vorname, Name*:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

** Bei mehreren Ausbildungsberufen soll für jede Ausbildungseinrichtung nur ein Ansprechpartner angegeben werden

Ort Datum

Stempel und Unterschrift des Umschulenden

Anlagen:

- ☐ 1 Umschulungsvertrag
- ☐ 1 Umschulungsplan (sachliche und zeitliche Gliederung)
- ☐ 1 Ausbilderkarte mit den geforderten Nachweisen (nur einmalig für jeden Ausbilder erforderlich)
- ☐ beruflicher Lebenslauf
- ☐ Zeugnis der vorausgegengenen Berufsausbildungen (Kopie)
- ☐ Kooperationsvereinbarung (bei Verbundausbildung)

TLVwA 120-104-11/13