

**Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6 – Referat Förderwesen**  
Europaplatz 1, 7000 Eisenstadt; Tel.Nr. 02682 (bzw. 057) / 600 DW 2286, 2333  
Fax DW 2865 bzw. DW 2533, E-Mail: post.a6-anf@bgld.gv.at

Q

## ANTRAG AUF QUALIFIKATIONSFÖRDERUNGSZUSCHUSS

**Der Antrag muss spätestens vier Monate nach Beendigung der Kursmaßnahme beim Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6 eingelangt sein.**

Nachname des Antragstellers/der Antragstellerin

Vorname des Antragstellers/der Antragstellerin

Straße / Nr.

Geburtsdatum

PLZ / Ort

männlich  weiblich

E-Mail-Adresse

Telefon Nr.

Ich ersuche um Gewährung eines Qualifikationsförderungs Zuschusses aus Mitteln der Bgld. Arbeitnehmerförderung.

Ich bin  beschäftigt  arbeitslos  arbeitssuchend gemeldet  Zivil-/Präsenzdiener  Karenz

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Höchste abgeschlossene Ausbildung \_\_\_\_\_

### Ziel der Aus- und Weiterbildungsmaßnahme

Weiterbildung im erlernten/ausgeübten Beruf  Weiterbildung für einen Berufswechsel

Um Unterstützung wurde bei anderen Ämtern oder Stellen angesucht:  ja  nein

wenn ja: Art der Beihilfe \_\_\_\_\_

Höhe der Beihilfe € \_\_\_\_\_

### Persönliche Verhältnisse des/der Antragstellers/in

Familienstand  ledig

geschieden seit \_\_\_\_\_

verheiratet seit \_\_\_\_\_

verwitwet seit \_\_\_\_\_

in Partnerschaft lebend seit \_\_\_\_\_  
(im gemeinsamen Haushalt)

getrennt seit \_\_\_\_\_

Ehegatte/Ehegattin bzw. Lebensgefährtin/Lebensgefährte des Antragstellers/der Antragstellerin hat:

eigenes Einkommen (*Einkommensnachweis beilegen!*)

kein eigenes Einkommen (*Alleinverdiener-, bzw. Mitversicherungsnachweis beilegen!*)

Antragsteller/in muss Kontoinhaber/in sein

Bankverbindung IBAN AT \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

**Eine Kopie der Bankomatkarte (Vorder- und Rückseite) bzw. eine Bestätigung der Bank ist anzuschließen.**

## Datenschutzmitteilung

Ich nehme zur Kenntnis, dass die oben erhobenen personenbezogenen Daten zur Erfüllung des durch das Förderansuchen begründete Vertragsverhältnis (Fördervertrag) verarbeitet werden.

Der Zweck der Verarbeitung ist die Bearbeitung und Abwicklung des Förderantrages auf „Qualifikationsförderungszuschuss“ beim Amt der Burgenländischen Landesregierung. Die Daten dienen ausschließlich der Bearbeitung und Abwicklung des Antrages auf „Qualifikationsförderungszuschuss“.

Ich nehme zur Kenntnis, dass zugesprochene Förderungen in Berichten des Landes angeführt werden können.

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur so lange aufbewahrt, wie dies durch gesetzliche Pflichten nötig ist. Wir speichern die Daten jedenfalls solange gesetzliche Aufbewahrungspflichten dieses vorsehen.

Ich bin darüber informiert, dass ich das Recht auf Auskunft über die erhobenen Daten, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung der Daten habe. Es besteht die Möglichkeit der Beschwerde bei der Datenschutzbehörde.

Datenschutzrechtlicher Verantwortlicher im Sinne der Datenschutz- Grundverordnung der Europäischen Union, Verordnung (EU) Nr. 2016/679, ist das Amt der Burgenländischen Landesregierung, Europaplatz 1, 7000 Eisenstadt.

Telefon: 057600-2290

E-Mail: [post.datenschutz@bgl.d.gv.at](mailto:post.datenschutz@bgl.d.gv.at)

Internet: [www.burgenland.at/datenschutz](http://www.burgenland.at/datenschutz)

Alternativ können Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten die KPMG Security Service GmbH, Porzellan-gasse 51, 1090 Wien, E-Mail: [post.datenschutzbeauftragter@bgl.d.gv.at](mailto:post.datenschutzbeauftragter@bgl.d.gv.at) wenden.

Ich erkläre,

1. dass ich mit der automationsunterstützten Datenverarbeitung zum Zwecke der Förderungsgewährung und
  2. mit der Überprüfung der Angaben und der Daten zum Hauptwohnsitz im Zentralen Melderegister durch das Amt der Burgenländischen Landesregierung einverstanden bin;
  3. dass ich mich verpflichte den Wegfall von Fördervoraussetzungen dem Amt der Burgenländischen Landesregierung unverzüglich zu melden sowie
  4. dass ich die Voraussetzungen gemäß Bgld. Arbeitnehmerförderungsgesetz über die Gewährung des Qualifikationsförderungszuschusses anerkenne und die Förderung zurückerstatten werde, wenn diese durch unrichtige oder unvollständige Angaben zu Unrecht erwirkt wurde.
- Ich bin damit einverstanden, über den Stand meines Antrages per SMS informiert zu werden.
  - Ich bin damit einverstanden, im Falle von Rückfragen telefonisch kontaktiert zu werden.

### Beilagen:

- **Einkommensnachweis** des Förderungswerbers/der Förderungswerberin sowie des Ehegatten/der Ehegattin bzw. des Lebensgefährten/der Lebensgefährtin während der Kursmaßnahme:  
(in Kopie) Gehalts/Lohnbestätigung  
Nachweis über Bezug von Arbeitslosengeld, Krankengeld, Kinderbetreuungsgeld  
Einkommensteuerbescheid (bei Selbständigen)  
Einheitswertbescheid bei nicht buchführ. Land- und Forstwirten
  - **Kursbesuchsbestätigung** des Ausbildungsinstitutes
  - **Originalrechnung** des Ausbildungsinstitutes (keine Kopie)
  - **Bestätigung der Kurskosteneinzahlung durch den/die Antragsteller/in**  
(z.B. Zahlscheinabschnitt, Kontoauszug - Abbuchung der Kurskosten)
  - **Kopie der Bankomatkarte**, (Vorder- und Rückseite) bzw. Bestätigung der Bank
  - **Einstellzusage**  
Im Falle eines Berufswechsels bzw. der AMS-Meldung als arbeitssuchend oder arbeitslos  
Bestätigung des zukünftigen Dienstgebers mit Angabe des voraussichtlichen Beschäftigungsbeginns
- bei Alleinverdiener/Alleinverdienerin**
- Bestätigung des Finanzamtes über die Zuerkennung der Familienbeihilfe
  - Bestätigung der Krankenkasse über die Mitversicherung des Ehegatten/der Ehegattin bzw. des Lebensgefährten/der Lebensgefährtin

Ort / Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in

### **Bestätigung des Ausbildungsinstitutes**

Das Ausbildungsinstitut bestätigt, dass der Antragsteller/die Antragstellerin zum Kurs

\_\_\_\_\_ angemeldet ist.

Der Kurs wird von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ geführt.

Kurskosten: € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift / Stampiglie des Ausbildungsinstitutes

### **Bestätigung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin**

Der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin bestätigt, dass der Antragsteller/die Antragstellerin

seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ beschäftigt ist bzw.

mit \_\_\_\_\_ sein/ihr Dienstverhältnis gekündigt bzw.

wie folgt eingeschränkt hat.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift / Stampiglie des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin