



┌
Agentur für Arbeit
└

┌
└

Änderungsmitteilung

zum Antrag auf Erstattung der Beitragsaufwendungen für behinderte Menschen

Maßnahmeteilnehmer:

Kunden-Nr. _____
Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____

Änderungsgrund:

Minderung / Erhöhung des Beitragssatzes
 Änderung der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV)

Die Änderungen des Beitragssatzes und/oder der monatlichen Bezugsgröße sind nicht anzugeben, wenn der Erstattungsbetrag, der im Internet veröffentlichten abgestimmten Tabelle der Beiträge zur Sozialversicherung entspricht.

Änderungsbeginn:

vom		
Tag	Monat	Jahr

Erstattungsbetrag:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 EURO, Cent
(bitte Betrag für vollen Monat angeben)

Ansprechpartner/in für Rückfragen (mit Telefonnummer)	
Stempelabdruck der Einrichtung	Datum, Unterschrift