Behörde für Arbeit, Soziales und Familie...................................... Aktenzeichen ......................................

**Antrag**

**auf Aufnahme in das Register der Arbeitssuchenden**

gemäß § 34 des Gesetzes des Nationalrates der SR Nr. 5/2004 Slg. über Arbeitsvermittlungsdienste und zur Änderung und Ergänzung

einiger Gesetze in der späteren Fassung (**im Folgenden nur „Gesetz Nr. 5/2004“ genannt**)

**Der Antrag ist zugleich ein Antrag auf Arbeitslosengeld**

*\*Bitte richtig unterstreichen*

**Vorname, Nachname, Titel** ................................................................................................................. **Familienname** ....................................

**Persönliche Kennzahl** ..................................... **Geburtsort** .................................................................

**Nr. des Personalausweises** ................................................. **Krankenkasse** ..........................................................

**Staatsangehörigkeit** ..................................................... **Familienstand** ......................................................................................

**Nationalität** ................................................................. **Muttersprache** ..............................................................

**Ständiger Wohnsitz:**

**Straße** ................................................................ **Hausnummer** ........................... **Orientierungsnummer** ..........................

**PLZ** ...................................... **Gemeinde** ...........................................................................................................................

**Telefonnr.** ......................................... **E-Mail** ................................................................................................................

**Gewöhnlicher Aufenthalt**

**Straße** ................................................................ **Hausnummer** ........................... **Orientierungsnummer** ..........................

**PLZ** ...................................... **Gemeinde** ...........................................................................................................................

**Telefonnr.** ......................................... **E-Mail** ................................................................................................................

**Korrespondenzadresse** ...........................................................................................................................................

**Vorübergehender Wohnsitz:**

**Straße** ................................................................ **Hausnummer** ........................... **Orientierungsnummer** ..........................

**PLZ** ...................................... **Gemeinde** ...........................................................................................................................

**Kontaktangaben des gesetzlichen Vertreters eines minderjährigen Bürgers:**

**Vorname, Nachname, Titel** ................................................................................................................. **Telefonnr.** .........................................

**Ständiger Wohnsitz:**

**Straße** ................................................................ **Hausnummer** ........................... **Orientierungsnummer** ..........................

**PLZ** ...................................... **Gemeinde** ...........................................................................................................................

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das Register der Arbeitssuchenden, da ich arbeiten kann, arbeiten möchte und eine Arbeit suche.

Beschäftigung in der Slowakei, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, Dienst als Polizeibeamter oder Soldat

**Der letzte Arbeitgeber in der SR vor der Antragstellung**

**Name, Adresse**    **IdNr.**  **Von – bis**

.................................................................................................... .............................. ........................................

**Position** .......................................................... **Art und Weise der Beendigung des Arbeitsverhältnisses:**........................

**Grund für die Beendigung des Arbeitsverhältnisses:** ...............................................................................................................

**Andere frühere Arbeitgeber in der Slowakischen Republik in den letzten 3 Jahren bzw. seit der letzten Aufnahme ins Register**

**1. Name, Adresse**    **IdNr.**  **Von – bis**

.................................................................................................... .............................. ........................................

**Position** .......................................................... **Art und Weise der Beendigung des Arbeitsverhältnisses:**........................

**Grund für die Beendigung des Arbeitsverhältnisses:** ...............................................................................................................

**2. Name, Adresse**    **IdNr.**  **Von – bis**

.................................................................................................... .............................. ........................................

**Position** .......................................................... **Art und Weise der Beendigung des Arbeitsverhältnisses:**........................

**Grund für die Beendigung des Arbeitsverhältnisses:** ...............................................................................................................

**Angaben** zur Beschäftigung in einem anderen EU-Mitgliedstaat in den letzten 4 Jahren vor der Aufnahme in das Register der Arbeitssuchenden

**1. Name des Arbeitgebers Ort Land Von – bis**

**.............................................. ............................. .....................................** **.............................................**

**Position: .......................................................... ......................................................................................**

**2. Name des Arbeitgebers Ort Land Von – bis**

**............................................ ............................. ......................................** **...............................................**

**Position: .......................................................... .......................................................................................**

**Ich war ein Selbständiger\* ich war kein Selbständiger\***

Name Arbeitsort, Land IdNr.1) Beruf von – bis

........................................... ................................... .................. ........................................................ ......................

1) nur die in der SR zugewiesene IdNr.

**Andere Zeiten vor der Antragstellung** – freiwillig arbeitslos\* gesetzlich versichert\*,

 Von – bis Tatbestand

.................................................. .........................................................................................................................

Übersicht der abgeschlossenen Schulen geordnet nach Reihenfolge (Grundschule1), Berufsschule, Berufsfachschule, Gymnasium, Berufsoberschule, Hochschule I., II., III. Stufe)

Name der Schule, Stadt, Land2) Von – bis Studiengang Art und Weise der Beendigung des Studiums3)  Studienform4)

1.) ............................................ ...................... ............................. ........................................... .........................

2.) ............................................ ...................... ............................. ........................................... .........................

1)Die Grundschule nur bei Grundschulbildung angeben; 2)Das Land nur bei Auslandsstudium angeben

3)abgeschlossen, nicht abgeschlossen, unterbrochen, laufend, 4)bei Absolventen geben Sie die Studienform an: Vollzeit-, Fernstudium

**Meine Fertigkeiten, Fähigkeiten:**

**Sprachkenntnisse:** ........................... Niveau: grundlegende Kenntnisse A1 und A2\*; fortgeschrittene Sprachkenntnisse B1 und B2\*; fachkundige Sprachkenntnisse C1 und C2\*;

**Sprachkenntnisse:** ........................... Niveau: grundlegende Kenntnisse A1 und A2\*; fortgeschrittene Sprachkenntnisse B1 und B2\*; fachkundige Sprachkenntnisse C1 und C2\*;

**Sprachkenntnisse:** ........................... Niveau: grundlegende Kenntnisse A1 und A2\*; fortgeschrittene Sprachkenntnisse B1 und B2\*; fachkundige Sprachkenntnisse C1 und C2\*;

**Führerschein:** A; AM; B; B+E; C; C+E; D; D+E; E; T; A1; B1; C1; C1+E; D1;D1+E; A2

**Computerkenntnisse:** (z. B.: WORD, EXCEL), Niveau:: Grundkenntnisse, fortgeschrittene Kenntnisse, fachkundige Kenntnisse;

.................................................................................. Niveau: ................................................................................

.................................................................................. Niveau: ................................................................................

.................................................................................. Niveau: ................................................................................

.................................................................................. Niveau: ................................................................................

**Gültige Zeugnisse** (z. B.: Befähigungszeugnis gemäß Verordnung Nr. 508/2009 Slg. in der Fassung der Verordnung Nr. 435/2012 Slg.)

Zeugnis/Zertifikat (Unterlagen zur Einsichtnahme vorlegen): Gültigkeit des Zeugnisses von – bis:

1.) ..................................................................................................... .......................................................................

2.) ..................................................................................................... .......................................................................

**Sonstige abgeschlossene spezifische Ausbildung/Umschulung, erworbene Zertifikate** (Unterlagen zur Einsichtnahme vorlegen):

1.) ...............................................................................................................................................................................

2.) ...............................................................................................................................................................................

**Angaben zum gesundheitlichen Zustand:**

- gesund\*

- gesundheitliche Beeinträchtigung ohne Anerkennung der Invalidität\*

- Invaliditätsrente mehr als 40%\* – mehr als 70%\*

**Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung:** körperliche\*; mentale\*; Verhaltensstörungen\*; mehrfache\*;

Bitte die Art angeben: .................................................................................................................................................................

**Ich habe ein\* – ich habe kein\*** unterhaltsberechtigtes Kind bis zur Beendigung der Schulpflicht

 Vorname, Nachname des Kindes Persönliche Kennzahl des Kindes

1.) ................................................................................ .................................................................................

2.) ................................................................................ .................................................................................

3.) ................................................................................ .................................................................................

**Angaben zur Ehefrau/zum Ehemann**

Vorname, Nachname, Titel ................................................................................................................. ..............................................................................................................................................

Straße ................................................................ Hausnummer ........................... Orientierungsnummer ..........................

PLZ ...................................... Gemeinde ........................................... Arbeitsort: ..................................................

Schichtarbeit: 1-Schichtbetrieb\*; 2-Schichtbetrieb\*; 3-Schichtbetrieb\*; ununterbrochen\*; Turnusbetrieb\*; geteilte Schichten\* flexibel\*, andere (bitte angeben) ..................................................................................................................................................

**Meine Anforderungen:**

Ich möchte in diesen Berufen tätig sein:

1.) .................................................................................. mit der Dauer der Praxis von .................................................

2.) .................................................................................. mit der Dauer der Praxis von .................................................

**Gründe, die Ihrer Meinung nach ein Hindernis für die Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt sind:**

meine Qualifizierung\*; spezifische Kenntnisse\*; mangelnde Praxis\*; niedriger Lohn\*; ich betreue einen Familienangehörigen (Kind, Partner, Elternteil,...)\*;

gesundheitliche Gründe\*; andere (bitte nennen): ...........................................................................................................................

**Ich erkläre eidesstattlich, dass zum Tag der Antragstellung:**

* ich **schulpflichtig\* – nicht schulpflichtig** bin, und zwar bis zum Ende des Schuljahres, in dem ich das 16. Lebensjahr vollenden werde,
* ich mich kontinuierlich auf den Beruf **vorbereite\* – nicht vorbereite\***, also:
* **ich bin ein\* – ich bin kein\*** Vollzeitstudent einer Mittel- oder Hochschule
* **ich habe einen\* – ich habe keinen\*** Antrag (Anmeldung) auf Hochschulstudium des I., II., III. Grades gestellt
* **ich bin\* – ich bin nicht\*** vorübergehend arbeitsunfähig von: .......................................................
* **ich habe\* – ich habe keinen** Anspruch auf Mutterschaftsgeld von: .......................................................
* **es wird mir\* – es wird mir nicht** die Altersrente\*, Vorruhestandsrente\* oder Invaliditätsrente\* gewährt und ich habe das erforderliche Alter für den Bezug der Altersrente in der Slowakischen Republik nicht erreicht
* **ich habe**\* – **ich habe nicht**\* die Bedingungen des Anspruchs auf Beihilfe des Militär- und Polizeikorps\*, Rente des Militär- und Polizeikorps\*, Invaliditätsrente des Militär- und Polizeikorps\* **erfüllt**
* **ich bin**\* – **ich bin kein**\* Empfänger einer Leistung in materieller Not und der Beiträge zur Leistung in materieller Not
* **ich bin ein\* – ich bin kein\*** Angestellter
* im Arbeitsverhältnis oder
* im ähnlichen Arbeitsverhältnis

Name, Adresse des Arbeitgebers  IdNr. Von

................................................................................................................ .............................. ........................................

* **ich bin ein\* – ich bin kein\*** Selbständiger also
* **ich bin ein\* – ich bin kein\*** Gesellschafter einer Personengesellschaft, Kommanditgesellschaft oder Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Geschäftsführer oder Mitglied des Aufsichtsrates einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung, Mitglied des Vorstands oder Aufsichtsrates einer Aktiengesellschaft oder ein Prokurist im Sinne einer Sonderregelung – des Handelsgesetzbuches
* **Ich betreibe ein\* – ich betreibe kein\*** Gewerbe nach einer Sonderregelung – Gesetz Nr. 455/1991 Slg. über das Gewerbe (Gewerbeordnung) in der späteren Fassung
* **Ich übe eine\* – Ich übe keine**\* Tätigkeit nach den Sonderregelungen **aus** (z.B. Gesetz **Nr. 78/1992 Slg. über Steuerberater und die Slowakische Steuerberaterkammer, in der geänderten Fassung, Gesetz Nr. 138/1992 Slg. über zugelassene Architekten und zugelassene Bauingenieure, in der geänderten Fassung, Gesetz Nr. 186/2009 Slg. über Finanzvermittlung und Finanzberatung, in der geänderten Fassung**)
* **Ich betreibe\* - ich betreibe keine\*** landwirtschaftliche Produktion, einschließlich der Forstwirtschaft und Wasserbewirtschaftung gemäß einer Sonderregelung (§ 12a bis 12e des Gesetzes Nr. 105/1990 Slg. über private Unternehmenstätigkeit der Bürger in der geänderten Fassung)
* meine selbständige Erwerbstätigkeit **wurde\* – wurde nicht\*** **unterbrochen\*** von ................................... bis ...................................
* **ich übe\* – übe keine\*** freiberufliche Tätigkeit nach der Sonderregelung **aus** von:................................................
* **ich übe\* – übe keine\*** Erwerbstätigkeit in einem EU-Mitgliedsstaat oder im Ausland **aus**.

 Land:................................................................... von:............................................................

* **ich bin\* – ich bin nicht\* in einem Arbeitsverhältnis auf Grundlage einer Vereinbarung über außerhalb des Arbeitsverhältnisses ausgeübte Arbeiten,**

 Name, Adresse des Arbeitgebers IdNr. Von

................................................................................................................ .............................. ........................................

* **Ich leiste\* – ich leiste nicht\*** eine persönliche Assistenz gemäß Gesetz Nr. 447/2008 Slg. über Geldbeiträge zum Ausgleich von Schwerbehinderungen und über Änderung und Ergänzung einiger Gesetze in der geänderten Fassung von: **...................**
* **Ich führe einen\* – ich führe keinen\*** Rechtsstreit gegen den Arbeitgeber wegen der Unwirksamkeit der Kündigung des Arbeitsverhältnisses oder eines ähnlichen Arbeitsverhältnisses; Name des Gerichts: ............................................................. Nummer des Verfahrens:..........................................
* **Ich war\* - Ich war nicht\*** in den letzten vier Jahren vor meiner Aufnahme ins Register der Arbeitssuchenden mindestens zwei Jahre lang in einem anderen EU-Mitgliedstaat – Land arbeitslosenversichert .........................................................

**- Information zur Anerkennung der Altersrente, Vorruhestandsrente oder Invaliditätsrente in einem anderen**

 **Mitgliedstaat der Europäischen Union**  **Land .............................................................................**

 **Art der Rente ....................................................................... Anerkannt vom .........................................................................**

**- Information zur Antragstellung auf Altersrente, Vorruhestandsrente oder Invaliditätsrente in einem anderen**

 **Mitgliedstaat der Europäischen Union**  **Land .............................................................................**

 **Art der Rente ....................................................................... Datum der Antragstellung**

**- Information zur Erfüllung der Bedingungen des Anspruchs auf Beitrag des Militär- und Polizeikorps\*, Rente des Militär- und Polizeikorps\*, Invaliditätsrente des Militär- und Polizeikorps\***

 **Art der Rente ....................................................................... Von ...........................................................................**

**Ich beantrage hiermit das Arbeitslosengeld bei der Sozialversicherungsanstalt Ja\* – Nein\***

Ich ersuche um Auszahlung des Arbeitslosengeldes:

* durch Überweisung aufs Konto

IBAN

* in bar an die Adresse

...................................................................................................................................................................................................

Das Arbeitslosengeld wird auf ein vom Leistungsempfänger genanntes Konto bei einer Bank oder einer Zweigstelle einer ausländischen Bank gezahlt, andernfalls in bar an die vom Leistungsempfänger angegebene Adresse oder an die Adresse des ständigen Wohnsitzes des Leistungsempfängers, wenn der Leistungsempfänger keine Adresse aufgeführt hat.

**Belehrung zum Antrag:**

Gemäß § 9 des Gesetzes Nr. 18/2018 Slg. zum Schutz personenbezogener Daten und zur Änderung und Ergänzung einiger Gesetze müssen personenbezogene Daten richtig sein und gegebenenfalls aktualisiert werden; es sind alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit personenbezogene Daten, die in Bezug auf den Zweck, für den sie verarbeitet werden, unrichtig sind, sind unverzüglich zu löschen oder zu berichtigen; werden von der betroffenen Person unrichtige Daten angegeben, so kann der Verantwortliche nicht für die Unrichtigkeit der Daten haftbar gemacht werden.

Die Behörde für Arbeit, Soziales und Familie – IdNr.: 30794536,  verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten im Sinne des Gesetzes Nr. 5/2004 und übermittelt diese personenbezogenen Daten auch an andere Behörden. Bei sämtlichen Unklarheiten, Problemen und Fragen wenden Sie sich bitte an: ochranaosobnychudajov@upsvr.gov.sk.

............................................................... ...................................................................................

 Ort und Datum der Antragstellung Unterschrift der antragstellenden Person

 ...............................................................................................

Unterschrift des Gesetzlichen Vertreters

 . ...................................................................................................

 Vorname, Name und Unterschrift des zuständigen Beamten der Behörde für Arbeit, Soziales und Familie