Antrag Nummer / Gesamt

Zentralbetriebsrat AUVA

ANTRAG auf Gewährung einer freiwilligen sozialen Zuwendung
(Aus-, Fort- und Weiterbildung)

NAME: _____ **Personalnummer:** _____

TelNr. Privat (optional): _____ E-Mail privat (optional): _____

Beschäftigt als: _____ Eintritt in die AUVA am: _____

Betriebsratszugehörigkeit:

☐ Hauptstelle ☐ Landesstelle ☐ UKH ☐ RZ: * _____

Vom/Am: _____ bis: _____ habe ich einen Kurs/ein Seminar/eine Schulung

Mit folgendem Inhalt besucht: _____

Schulungsort: _____ Veranstalter: _____

An Eigenkosten sind mir erwachsen:

☐ Schulgeld ☐ Kursgebühr *:	€ _____	Besuchsbestätigung, Rechnung + Zahlungsnachweis
Fahrtspesen:	€ _____	Formular für Fahrtkostenaufstellung + Fahrpreis-Ausdruck
Fachliteratur:	€ _____	Rechnungen + Zahlungsnachweis (zeitlicher + fachkausaler Zusammenhang)
Unterkunft:	€ _____	Rechnung + Zahlungsnachweis

Der Dienstgeber (AUVA) oder eine andere Stelle hat einen Teil der Kosten übernommen: ☐ ja ☐ nein *

Vom Sozialfonds bereits einen Zuschuss für beantragten Kurs erhalten: ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, welche: *
- ☐ Kurskosten, in der Höhe von € _____
- ☐ Reisekosten, in der Höhe von € _____
- ☐ Hotelkosten, in der Höhe von € _____
- ☐ **Dienstreiseabrechnung wird beigelegt.**

Obige Kosten wurden bzw. werden nicht als Werbungskosten beim Finanzamt geltend gemacht.
Ich stelle den Antrag auf Gewährung einer freiwilligen sozialen Zuwendung.
Ich nehme zur Kenntnis, dass es sich bei dieser Zuwendung um eine freiwillige Zuwendung handelt, deren Höhe nach den autonomen Richtlinien des Zentralbetriebsrates in der jeweils gültigen Fassung bemessen wird.
Missbrauch kann zum Ausschluss von Sozialfondsleistungen führen.

Datum: _____ _____
Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragsteller

Der Antrag wurde vom Betriebsrat überprüft und mit Befürwortung an den Zentralbetriebsrat weitergeleitet.

Datum: _____ _____
Unterschrift und Stampiglie des Betriebsrat

Beschluss

Dem:der Antragsteller:in wird ein Betrag in der Höhe von **€** _____ zuerkannt und das Konto des Sozialfonds ist mit diesem Betrag zu belasten.

Datum: _____ _____
Unterschrift und Stampiglie des Zentralbetriebsrates

* Zutreffendes bitte ankreuzen