

Anmeldebogen

für die Maßnahme

Assistierte Ausbildung flexibel (AsAflex)

1. Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtstag: _____ Geschlecht W M D

Staatsangehörigkeit: deutsch andere: _____

Sozialversicherungsnummer.: _____

Adresse

Straße:

PLZ, Ort:

Kontakt

Tel. + Mobil:

E-Mail:

Bei Minderjährigen:
gesetzlicher Vertreter*

*) Vertragsberechtigt sind beide Elternteile gemeinsam, soweit nicht gesetzliche Hinderungsgründe vorliegen. Ist ein Vormund bestellt, ist dieser zum Vertragsabschluss berechtigt.

2. Individueller Bedarf im Rahmen der AsAflex

Beruf: _____

Bitte geben Sie Ihren gewünschten Unterrichtsort an:

- Ingolstadt Eichstätt Neuburg
 Pfaffenhofen Schrobenhausen

Bitte geben Sie an, in welchen Bereichen Sie Unterstützung durch die AsAflex benötigen:

- Fachtheorie
 Grundlagenkenntnisse Mathematik/Deutsch/Englisch
 Sozialkunde/Politik und Gesellschaft
 Prüfungsvorbereitung
 Soziale und persönliche Themen (z.B. Lernstrukturen, Prüfungsangst)

3. Notwendige Anmeldeunterlagen

Eine Anmeldung ist nur mit folgenden Unterlagen (in Kopie) möglich:

- Vordruck AsAflex 1 – Erklärung des Ausbildungs-/Qualifizierungsbetriebes
 Einverständniserklärung zum Austausch mit der Agentur für Arbeit (SGB III)
 Eingetragener Berufsausbildungsvertrag
 Berufsschulzeugnis oder aktuelle Notenübersicht
 ggfs. Abschlusszeugnis der allgemeinbildenden Schule
 ggfs. ZP/AP-Prüfungsergebnis
 ggfs. Verlängerung des Ausbildungsvertrags bzw. Antrag auf Wiederholungsprüfung

4. Bereitschaftserklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, regelmäßig die Angebote der Maßnahme AsAflex wahrzunehmen, mit dem Ziel eines erfolgreichen Abschlusses meiner Ausbildung und der anschließenden Integration in den Arbeitsmarkt. Ich erkläre mich zudem damit einverstanden, dass mein Ausbildungs-/Qualifizierungsbetrieb seitens des Maßnahmenträgers informiert wird, wenn das Erreichen des Maßnahmenziels gefährdet ist.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine vorgelegten Anmeldeunterlagen an die Arbeitsagentur weitergeleitet werden.

Auszufüllen durch die Kolping Akademie

Empfehlung Stundenkontingent:

Sozialpädagogische Begleitung Stunden (monatlich)

Stütz- und Förderunterricht Unterrichtseinheiten (wöchentlich)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Trägers

Unterschrift Teilnehmer/in

Bei Minderjährigen: Unterschrift des
Sorgeberechtigten

Auszufüllen durch die Agentur für Arbeit

VerBIS-Eintragung vorhanden:

Ja

Wenn ja, Weitergabe des Vorgangs an: _____
(zuständige Beratungsfachkraft zur Prüfung und Entscheidung sowie Rückgabe- und einschließlich Prüfungsbogen.)

Nein

Wenn nein, Eingabe in VerBis und Weitergabe an betreuenden / betreuende
Beratungsfachkraft.

NZ / Datum: _____

Informationen zum Datenschutz für Kursteilnehmer

Sie nehmen an einer Maßnahme der Kolping Akademie Ingolstadt teil. Datenschutz ist uns ein wichtiges Anliegen, deshalb informieren wir Sie hiermit gem. Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei uns im Rahmen dieser Maßnahme.

1. Für die Datenverarbeitung verantwortliche Stelle und Datenschutzbeauftragter

Kolping Akademie Ingolstadt gGmbH

Johannesstraße 11, 85049 Ingolstadt, Telefon: 0841/93301-0, E-Mail: info@kolping-ingolstadt.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: datenschutz@neumeier-edv.de, Stichwort: KA.

2. Zu welchem Zweck verarbeiten wir Ihre Daten?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich, um die Maßnahme durchführen und abrechnen zu können. Die Rechtsgrundlage dafür ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO. Wenn Sie uns Ihre Daten nicht zur Verfügung stellen, können Sie daher leider nicht an der Maßnahme teilnehmen.

Sollten wir Daten von Ihnen aufgrund einer Einwilligung verarbeiten, so ist der Zweck der jeweiligen Einwilligung zu entnehmen, die Rechtsgrundlage dafür ist Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO.

Sollten wir Daten von Ihnen zu anderen Zwecken verarbeiten, werden wir Sie ergänzend zu diesen Informationen gesondert über die Datenverarbeitung informieren.

3. An wen werden Ihre Daten weitergegeben?

Innerhalb der Kolping Akademie haben nur mit der Durchführung und Abrechnung der Maßnahme betraute Beschäftigte Zugriff auf Ihre Daten.

Bei Nutzung unserer digitalen Lernplattform und/ oder Videokonferenzen, können neben den Kursleitern auch andere Teilnehmer Ihren Namen und Ihre Chat-/ Foren-Beiträge sehen. Wenn Sie Video und Ton aktiviert haben, können auch diese von den anderen Teilnehmern gesehen werden.

Empfänger von Daten können je nach Maßnahme Auftraggeber, Schulen, andere Bildungsträger, Eltern bzw. Sorgeberechtigte, Erzieher, Betreuer, Sozialversicherungsträger, Praktikums- oder Ausbildungsbetriebe, Behörden und andere zuständige Stellen im Rahmen der Maßnahme sowie Kostenträger (z.B. Agentur für Arbeit/ Jobcenter, BAMF) sein.

4. Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir speichern Ihre Daten nur, solange wir diese für den jeweiligen Zweck benötigen oder wir per Vertrag mit dem Kostenträger oder per Gesetz dazu verpflichtet sind. Ist dies nicht mehr der Fall, löschen wir Ihre Daten.

Bild-/ Ton- oder Chatdaten bei Videokonferenzen werden sofort nach Ende der Videokonferenz gelöscht.

Eine gesonderte Mitteilung über die Löschung Ihrer Daten erfolgt nicht.

5. Ihre Datenschutzrechte

Sie haben gem. Art. 7 DSGVO das Recht, eine erteilte Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Sie können Auskunft gem. Art. 15 DSGVO über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten verlangen.

Sie können nach Art. 16 DSGVO eine Berichtigung von fehlerhaften Daten verlangen.

Sie können unter den Bedingungen des Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen.

Sie haben im Rahmen der Vorgaben des Art. 18 DSGVO das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung der Sie betreffenden Daten zu verlangen.

Sie haben das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 DSGVO.

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde nach Art. 77 DSGVO.

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung an die Agentur für Arbeit

Hiermit willige ich ein, dass auch Daten von mir, die zu besonderen Kategorien personenbezogener Daten gem. Art. 9 Abs. 1 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gehören, an die Agentur für Arbeit als Kostenträger der Maßnahme, an der ich teilnehme, übermittelt werden dürfen.

Besondere Kategorien sind personenbezogene Daten, aus denen die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen oder die Gewerkschaftszugehörigkeit hervorgehen, sowie genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung.

Mit Unterzeichnung bestätigen Sie ebenfalls, unser Merkblatt „Informationen zum Datenschutz für Kursteilnehmer“ gelesen bzw. erhalten zu haben.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Bei Teilnehmern, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten notwendig.

Name, Vorname, Geburtsdatum Teilnehmer/in

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

unter 16 Jahre: Unterschrift Eltern/ Sorgeberechtigte

Erklärung des Ausbildungs- /Qualifizierungsbetriebes

Das Ziel der Assistierte Ausbildung ist es, Auszubildende bzw. Teilnehmende an einer Einstiegsqualifizierung (EQ) durch eine aktive Unterstützung aller Beteiligten zum erfolgreichen Berufsabschluss bzw. zum erfolgreichen Abschluss der Einstiegsqualifizierung zu führen.

Als Ausbildungs-/Qualifizierungsbetrieb können Sie hierbei besonders unterstützen, indem Sie Ihrer/Ihrem Auszubildende/-n bzw. Ihrer/Ihrem EQ-Teilnehmenden ermöglichen, an den individuellen Unterstützungsleistungen im Rahmen der Assistierte Ausbildung teilzunehmen.

Erklärung des Ausbildungs-/ Qualifizierungsbetriebs

Der Ausbildungs-/Qualifizierungsbetrieb

_____ (Name des Ausbildungsbetriebes)

in _____ (PLZ, Ort, Straße)

erklärt sich damit einverstanden,
dass

_____ (Name, Vorname, Geburtsdatum)

während der

Ausbildung oder Einstiegsqualifizierung (EQ)

an den individuellen Unterstützungsleistungen im Rahmen der Assistierte Ausbildung

innerhalb der betrieblichen Arbeitszeiten außerhalb der betrieblichen Arbeitszeiten

teilnimmt, um den erfolgreichen Abschluss der Ausbildung/ EQ sicherzustellen.

Zur Teilnahme der/des Auszubildenden bzw. der/des EQ-Teilnehmenden an den Unterstützungsleistungen im Rahmen der Assistierte Ausbildung tauschen wir uns mit der/dem Auszubildenden bzw. der/dem EQ-Teilnehmenden und dem Maßnahmeträger aus. Der Austausch erfolgt mit dem Ziel der Stabilisierung bzw. des erfolgreichen Abschlusses der betrieblichen Berufsausbildung/ der Einstiegsqualifizierung.

_____ (Ort)

den _____ (Datum)

_____ (Unterschrift und Stempel des Ausbildungsbetriebs)

Auch als Ausbildungs-/Qualifizierungsbetrieb können Sie vielseitige Unterstützungsleistungen, bspw. bei organisatorischen Belangen, in Konfliktsituationen und generell bei der Stabilisierung des Ausbildungsverhältnisses/ der Einstiegsqualifizierung erhalten. Bitte kommen Sie auf den Maßnahmeträger zu.

Der Maßnahmeträger _____ (Name, Anschrift)

führt die Assistierte Ausbildung durch.

Ansprechperson ist die/der Ausbildungsbegleiterin/ Ausbildungsbegleiter:

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____