



Eingang der Anzeige bei der Agentur für Arbeit:

Anzeige für 2019

nach § 163 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

**Abgabetermin bei der Agentur für Arbeit:
spätestens am 31. März 2020****I. Bezeichnung (mit Rechtsform) und Anschrift des Arbeitgebers**

Name:		
Name (Forts.):		
Rechtsform:		
Straße:		
PLZ / Ort:		
Hauptsitz gem. Registereintrag:		
	(PLZ)	(Ort)

Betriebsnummer									

Bitte diese Anzeige an die für den Arbeitgeber-Hauptsitz zuständige Agentur für Arbeit senden:

Vermerke des Integrationsamtes		
	Datum	Hdz.
1. Eingang beim Integrationsamt		
2. Beschäftigungspflicht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
3. SB / GL	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4. Verrechnung nach § 223 SGB IX	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5. Feststellungsbescheid vom		
6. Kassenanweisung		
7. Sachlich und rechnerisch richtig		
8. Z. d. A.		

Dienstst.-Nr.:

(Eintrag durch den Operativen Service)

(Ort)

II. Weitere Angaben über den Arbeitgeber

1. a) Privater Arbeitgeber

b) Öffentlicher Arbeitgeber - Oberste Bundesbehörde

- Oberste Bundesbehörde nach § 241 Abs. 1 SGB IX *

- Oberste Landesbehörde

- Sonstiger öffentlicher Arbeitgeber

- Sonstiger öffentlicher Arbeitgeber des Bundes nach § 241 Abs. 1 SGB IX*

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Zutreffendes
bitte
ankreuzen

2. Auskünfte über die Anzeige erteilt: Herr/Frau _____ Tel: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

3. Inhaber/Geschäftsführer/Verwalter: Herr/Frau _____ Tel: _____

4. **Bankverbindung:****

IBAN: _____

BIC: _____

III. Errechnung der Arbeits- und Pflichtarbeitsplätze sowie der zu zahlenden Ausgleichsabgabe

Die Berechnungen erfolgen als Selbstveranlagung auf den folgenden Seiten 2 und 3 der Anzeige. Die errechnete Ausgleichsabgabe ist unter Angabe der Betriebsnummer oder des Akten- oder Buchungszeichens, der Firmenbezeichnung und -anschrift an die Kasse des für den Arbeitgeber-Hauptsitz zuständigen Integrationsamts zu überweisen.

Für den Arbeitgeber-Hauptsitz zuständiges Integrationsamt:

Buchungszeichen:

Wenn Sie Ausgleichsabgabe zu zahlen haben, überweisen Sie den Gesamtbetrag (keine Schecks) bitte bis spätestens 31. März 2020 an das zuständige Integrationsamt.**Bei nicht fristgemäßer Zahlung erhebt das Integrationsamt einen Säumniszuschlag.****IV. Erklärung**

Als Arbeitgeber erkläre ich, dass die Angaben in der Anzeige und den beigefügten Unterlagen richtig und vollständig sind.

In die Anzeige sind der Hauptbetrieb und _____ Nebenbetrieb(e) einbezogen.

Anzahl

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift, Stempel)

Datenschutzrechtliche Hinweise der Bundesagentur für Arbeit finden Sie unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.Datenschutz-Hinweise der Integrationsämter finden Sie unter www.integrationsaemter.de/Ausgleichsabgabe/Datenschutz.

* Für die öffentlichen Arbeitgeber des Bundes gilt § 241 Abs. 1 SGB IX.

** freiwillige Angabe für Rückzahlungen

**Anzeigjahr 2019**

Betriebsnummer:

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

Berechnung der Pflichtarbeitsplätze, der Beschäftigungspflicht, der jahresdurchschnittlichen Beschäftigungsquote, der unbesetzten Pflichtarbeitsplätze und der zu zahlenden Ausgleichsabgabe

Monat	Arbeitsplätze und Stellen nach §§ 156 Abs. 1 – 3 ff SGB IX				Besetzte Pflichtarbeitsplätze lt. Verzeichnis gemäß § 163 Abs. 1 SGB IX
	insgesamt	darunter (Sp. 1) Stellen von Auszubildenden § 157 Abs. 1 S. 1 SGB IX	darunter (Sp. 1) Stellen nach § 156 Abs. 2 u. 3 SGB IX sowie § 157 Abs. 1 S. 2 SGB IX	Spalte 1 abzüglich Spalten 2 u. 3	
	1	2	3	4	5
Januar					
Februar					
März					
April					
Mai					
Juni					
Juli					
August					
September					
Oktober					
November					
Dezember					

Dauer der Betriebstätigkeit:- ganzjährige Betriebstätigkeit: ja nein

- wenn nein: von _____ bis _____

Jahressumme:

Feld A	Feld B

Berechnung der Beschäftigungspflicht:

(§ 154 Abs. 1 SGB IX)

Jahressumme Feld A (s.o.): _____ Anzahl der Monate ¹⁾ : _____ = _____ <div style="text-align: right;">Jahresdurchschnittliche Arbeitsplatzzahl*</div>
*Keine Rundung vornehmen, Arbeitsplatzzahl mit zwei Dezimalstellen eintragen

Ist der ermittelte Wert der jahresdurchschnittlichen **Arbeitsplatzzahl 20 und mehr** besteht eine Beschäftigungspflicht für das Anzeigjahr. Die weitere Berechnung ist in der zutreffenden Gruppenspalte vorzunehmen, siehe nächste Seite.

1) Anzahl der Monate:

In die Berechnung sind alle Monate aufzunehmen, in denen die Unternehmenstätigkeit mindestens an einem Tag bestanden hat.

Betriebsnummer:

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

Die Zuordnung zu einer der nachfolgenden Fallgruppen ist nach der berechneten jahresdurchschnittlichen monatlichen Arbeitsplatzzahl (Seite 2) vorzunehmen.

I) weniger als 60 Arbeitsplätze	II) 60 und mehr Arbeitsplätze
<p><u>1. Pflichtarbeitsplätze (Soll)</u> weniger als 40 Arbeitsplätze:</p> <p>Anzahl der Monate¹⁾: _____ x 1 = _____</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>40 bis weniger als 60 Arbeitsplätze:</p> <p>Anzahl der Monate¹⁾: _____ x 2 = _____</p>	<p><u>1. Pflichtarbeitsplätze (Soll)</u></p> <p>Summe Feld A: (Seite 2) _____ x 5 % ²⁾ = _____</p> <p>- Fußnote ²⁾ beachten! - sich ergebende Bruchteile von 0,5 und mehr sind aufzurunden</p>
<p><u>2. Unbesetzte Pflichtarbeitsplätze</u> Ergebnisse Ziffer 1 (Soll) abzüglich Jahressumme Feld B (S. 2)</p> <p>_____ – _____ = _____ (Soll) (Feld B)</p>	<p><u>2. Unbesetzte Pflichtarbeitsplätze</u> Ergebnis Ziffer 1 (Soll) abzüglich Jahressumme Feld B (S. 2)</p> <p>_____ – _____ = _____ (Soll) (Feld B)</p>
<p><u>3. Jahresdurchschnittliche Beschäftigung</u></p> <p>Jahressumme Feld B (S. 2): _____ = _____ Anzahl Monate¹⁾: _____</p>	<p><u>3. Jahresdurchschnittliche Beschäftigung</u></p> <p>Jahressumme Feld B (S. 2): _____ Jahressumme Feld A (S. 2): _____ x 100 = _____ %</p>
<p><u>4. Jahressumme Ausgleichsabgabe</u> Unbesetzte Pflichtarbeitsplätze x Staffelnbetrag (s.u.)</p> <p>_____ x _____ € = _____ € (Ergebnis Ziffer 2) (Staffelnbetrag)</p> <p>Staffelnbetrag: weniger als 40 Arbeitsplätze: • 125 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = unter 1 40 bis weniger als 60 Arbeitsplätze: • 125 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = unter 2 • 220 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = unter 1</p>	<p><u>4. Jahressumme Ausgleichsabgabe</u> Unbesetzte Pflichtarbeitsplätze x Staffelnbetrag (s.u.)</p> <p>_____ x _____ € = _____ € (Ergebnis Ziffer 2) (Staffelnbetrag)</p> <p>Staffelnbetrag: • 125 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = 3 % bis unter 5 % • 220 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = 2 % bis unter 3 % • 320 € wenn Ergebnis Ziffer 3 = unter 2 %</p>

Zu überweisender Betrag:

a) Jahressumme (Ergebnis Ziffer 4):	_____ €
b) abzüglich 50 % der in den Rechnungen ausgewiesenen Arbeitsleistung ³⁾ gemäß Vordruck SGB IX – 3 –:	_____ €
c) abzüglich Guthaben der für das letzte Anzeigjahr gezahlten Ausgleichsabgabe aus der Korrektur:	
– der Vorjahresanzeige <input type="checkbox"/>	
– von Werkstattaufträgen <input type="checkbox"/>	_____ €
d) Gesamtbetrag der an das Integrationsamt zu zahlenden Ausgleichsabgabe:	_____ €
zu überweisen an die Kasse des Integrationsamts in _____	

1) **Anzahl der Monate:**
In die Berechnung sind alle Monate aufzunehmen, in denen die Unternehmenstätigkeit mindestens an einem Tag bestanden hat.

2) Sonderregelung 6 % Pflichtquote für Arbeitgeber des Bundes nach § 241 Abs. 1 SGB IX beachten.

3) Einzelrechnungsbelege nur auf Anforderung übersenden.