



**AUSBILDUNGSKOSTENAUSGLEICHKASSE  
IM SCHORNSTEINFEGERHANDWERK (AKS) GMBH**

Ausbildungskostenausgleichkasse  
im Schornsteinfegerhandwerk (AKS) GmbH  
Postfach 2064  
53743 Sankt Augustin

Telefax-Nr. 02241 3407 – 50  
E-Mail: [info@ausbildungskasse.de](mailto:info@ausbildungskasse.de)

**Bitte teilen Sie uns etwaige Änderungen  
bezüglich Ihrer Soloselbstständigkeit zeitnah mit**

**Antrag auf Beitragsrückerstattung**

<b>AKS-Kd.Nr.:</b>	
Name:	Vorname:
<b>Anschrift:</b>	
Straße, H-Nr.:	PLZ Ort:
<b>In dem Zeitraum von</b> _____ <b>bis</b> _____ <small align="center">Datum (tt.mm.jjjj) <span style="margin-left: 200px;">Datum (tt.mm.jjjj)</span></small>	
<input type="radio"/> war ich <b>soloselbständig</b> und beschäftigte keinerlei Mitarbeiter <input type="radio"/> Ich bin <b>zurzeit soloselbständig</b> und beschäftige zum jetzigen Zeitpunkt keinerlei Mitarbeiter <input type="radio"/> Ich erkenne die Tarifverträge zur beruflichen Förderung der Ausbildung an und bin bereit, mich an der solidarischen Ausbildungsfinanzierung zu beteiligen. Das heißt ich verzichte auf eine Erstattung der bisher gezahlten Beiträge und zahle zukünftige Beiträge. <input type="radio"/> Ich bestätige, dass ich im vorgenannten Zeitraum keinerlei Arbeitnehmer in meinem Betrieb beschäftigt habe. Ich fordere die geleisteten Beiträge von der AKS zurück und mache hierbei folgende Ansprüche geltend:	
<b>Beitragsjahr:</b>	<b>Beitragsjahr:</b>
1. Quartal (Jan, Feb, Mär): _____ €	1. Quartal (Jan, Feb, Mär): _____ €
2. Quartal (Apr, Mai, Jun): _____ €	2. Quartal (Apr, Mai, Jun): _____ €
3. Quartal (Jul, Aug, Sep): _____ €	3. Quartal (Jul, Aug, Sep): _____ €
4. Quartal (Okt, Nov, Dez): _____ €	4. Quartal (Okt, Nov, Dez): _____ €
<b>Beitragsjahr:</b>	<b>Beitragsjahr:</b>
1. Quartal (Jan, Feb, Mär): _____ €	1. Quartal (Jan, Feb, Mär): _____ €
2. Quartal (Apr, Mai, Jun): _____ €	2. Quartal (Apr, Mai, Jun): _____ €
3. Quartal (Jul, Aug, Sep): _____ €	3. Quartal (Jul, Aug, Sep): _____ €
4. Quartal (Okt, Nov, Dez): _____ €	4. Quartal (Okt, Nov, Dez): _____ €
<b>Beitragsjahr:</b>	<b>Beitragsjahr:</b>
1. Quartal (Jan, Feb, Mär): _____ €	1. Quartal (Jan, Feb, Mär): _____ €
2. Quartal (Apr, Mai, Jun): _____ €	2. Quartal (Apr, Mai, Jun): _____ €
3. Quartal (Jul, Aug, Sep): _____ €	3. Quartal (Jul, Aug, Sep): _____ €
4. Quartal (Okt, Nov, Dez): _____ €	4. Quartal (Okt, Nov, Dez): _____ €
Ich bestätige die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben:	
_____	_____
<small>(Ort, Datum)</small>	<small>(Stempel/Unterschrift)</small>

Besuchen Sie uns doch mal im Internet unter <http://www.ausbildungskasse.de>

**Sitz der Gesellschaft:**  
Westerwaldstraße 6  
D-53757 Sankt Augustin  
Steuer-Nr. 222/9460/0030

**Bankverbindung:**  
VR Bank Rhein-Sieg eG  
Konto-Nr. 5305227023  
BLZ 37069520  
IBAN DE84370695205305227023  
BIC GENODED1RST

**Geschäftsführer:**  
Torsten Kiel  
Daniel Fürst

**Handelsregister:**  
Amtsgericht Siegburg HRB 12312