



**AUSBILDUNGSKOSTENAUSGLEICHKASSE
IM SCHORNSTEINFEGERHANDWERK (AKS) GMBH**

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

Telefax-Nr. 02241 261519-9
E-Mail: info@ausbildungskasse.de

**Bitte teilen Sie uns zeitnah mit, wenn Sie
wieder Mitarbeiter beschäftigen**

Antrag auf Beitragsrückerstattung

AKS-Kd.Nr.:	
Name:	Vorname:
Anschrift:	
Straße, H-Nr.:	PLZ Ort:
In dem Zeitraum vom _____ bis _____ <small align="center">Datum (t.mm.jjjj) Datum (t.mm.jjjj)</small>	
<input type="radio"/> habe ich keinerlei Mitarbeiter beschäftigt <input type="radio"/> Ich 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:	
Beitragsjahr:	Beitragsjahr:
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): _____ €
Beitragsjahr:	Beitragsjahr:
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): _____ €
Beitragsjahr:	Beitragsjahr:
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