

|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Förderungsnummer |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

▼ Anschrift der zuständigen AFBG bewilligenden Stelle

|                 |
|-----------------|
| Eingangsstempel |
|-----------------|

## Bestätigung der Zulassungsvoraussetzungen

**DURCH DEN/DIE TEILNEHMER/IN AUSZUFÜLLEN!**

|   |  |                                 |            |              |
|---|--|---------------------------------|------------|--------------|
| 1 | Familienname   | Geburtsname – wenn abweichend – | Vorname(n) | Geburtsdatum |
| 2 | Straße (Anschrift am ständigen Wohnsitz)   |                                 |            | Hausnummer   |
| 3 | ggf. Auslands-<br>kennzeichen  | Postleitzahl                    | Wohnort    |              |
| 4 | Behörde, bei der der Antrag auf Aufstiegsfortbildungsförderung nach dem AFBG gestellt wird |                                 |            |              |

**Ich beabsichtige, die Fortbildungsmaßnahme zum/zur**

Bezeichnung des angestrebten beruflichen öffentlich-rechtlichen Bildungsabschlusses

**bei folgendem Fortbildungsträger**

|   |                 |                               |     |                                |   |
|---|-----------------|-------------------------------|-----|--------------------------------|---|
| 7 | in der Zeit von | Datum (erster Unterrichtstag) | bis | Datum (letzter Unterrichtstag) | zu absolvieren. Bitte Nachweis (z.B. Anmeldung) beifügen. |
|---|-----------------|-------------------------------|-----|--------------------------------|---|

**DURCH DIE PRÜFUNGSSTELLE AUSZUFÜLLEN, DIE ZUR ZULASSUNG DER FORTBILDUNGSPRÜFUNG ZUSTÄNDIG IST! BESCHEINIGUNG NACH § 9 AFBG**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 8  | Als zuständige Stelle für die Abnahme der o. g. Fortbildungsprüfung bestätigen wir, dass die o. a. Teilnehmerin/der o. a. Teilnehmer<br>Name, Vorname  |  |  |
| 9  | die Voraussetzungen - soweit sie nicht erst im Rahmen dieser Fortbildung erfüllt werden können - für die Zulassung zur angestrebten<br>Fortbildungsprüfung gem. § der Fortbildungsordnung zur/zum  |  |  |
| 10   | anerkannter Abschluss  | Stufenzuordnung BBIg/HwO/vergleichbare Fortbildung | DQR-Einstufung   |
| 11   | <input type="checkbox"/> bereits vor Beginn der Maßnahme erfüllt/erfüllt hat. <input type="checkbox"/> vor Beginn der Maßnahme nicht erfüllt.  |  |  |
| 12   | <input type="checkbox"/> erfüllt (Zulassung aufgrund eines Ausnahmetatbestandes) wenn ja, welcher  |  | wann erreicht  |
| 13   | <input type="checkbox"/> nicht erfüllt, aber die für die Prüfungszulassung erforderliche fehlende zusätzliche Berufspraxis kann noch bis zum letzten Unterrichtstag der  |  |  |
| 14   | Maßnahme   | Datum  | erworben werden. Die konkrete Möglichkeit hierzu wurde nachgewiesen (z.B. Arbeitsvertrag).   |
| 15   | <input type="checkbox"/> nicht erfüllt, aber die für die Prüfungs-/Schulzulassung noch fehlende formale Vorqualifikation (Ausbildungsabschluss; anderer Fortbildungsabschluss) wird im Rahmen eines strukturierten anerkannten Programmes bis zum letzten Unterrichtstag der |  |  |
| 16   | Maßnahme   | Datum  | erworben. Die Prüfungsstelle muss generell und formal anerkannt haben, dass die Ausbildung und die Fortbildung bzw. die beiden Fortbildungen so untereinander verzahnt sind, dass sie sinnvoll aufeinander aufbauen. |
| <p><b>Wichtiger Hinweis:</b> Besteht die Maßnahme aus mehreren Maßnahmeabschnitten muss der Abschluss bis zum letzten Unterrichtstag des ersten Maßnahmeabschnitts erworben werden. Es genügt bei mehreren Maßnahmeabschnitten der Erwerb vor Beginn des zweiten Maßnahmeabschnitts, wenn der erforderliche Abschluss durch die Prüfung des ersten Maßnahmeabschnitts erworben wird.</p> |  |  |  |

Es wird versichert, dass die in Zeile 8 bis 15 gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

|    |  |                         |
|----|--|-------------------------|
| 17 | Telefonnummer für evtl. Rückfragen             |                         |
| 18 | Stempel der für die Prüfung zuständigen Stelle | Datum, Unterschrift(en) |