

Sehr geehrte Damen und Herren,
Ihre Mitarbeiterin bzw. Ihr Mitarbeiter möchte am Modellprojekt ZeitRaum der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern teilnehmen. Eine grundsätzliche Bewilligung der DRV liegt vor. Für die weitere Vorbereitung und den Beginn der Maßnahme sind Ihr Einverständnis und Ihr Mitwirken erforderlich.

Um was geht es bei diesem Modellprojekt?

Das Projekt wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen der Förderinitiative rehapro mit dem Ziel finanziert, neue und innovative Wege der Rehabilitation zu erproben. Es richtet sich an Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aktuell nicht in der Lage sind, Vollzeit zu arbeiten, die aber dennoch von den Vorteilen einer Anbindung ans Berufsleben (Tagesstruktur, soziale Kontakte, Erfolgserlebnisse) profitieren könnten.

Diesen Menschen wird im Rahmen des Projekts eine kombinierte Teilhabeleistung angeboten, bestehend aus einer Arbeitszeitreduktion mit finanzieller Kompensation und einer ambulanten psychologischen Begleitintervention. Die Arbeitszeit kann bis auf die Hälfte des vollen Stellenumfangs reduziert werden. Wenn es die Gesundheit wieder zulässt, kann die Arbeitszeit im Verlauf der Maßnahme auch jederzeit wieder gesteigert werden. Die obligatorische Begleitintervention wird regelmäßig durch qualifizierte Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten durchgeführt. Sie ist fokussiert auf arbeitsplatzbezogene Fragen und soll die Wiederaufnahme der vollen Berufstätigkeit unterstützen und so dem Arbeitsmarkt wertvolle Fachkräfte erhalten.

Es sind keine arbeitsvertraglichen Änderungen erforderlich. Während der Maßnahme erhalten die Teilnehmenden von Ihnen weiterhin das bisherige Gehalt. Sie als Arbeitgeber erhalten einen Zuschuss der Rentenversicherung als Ausgleich für die ausgefallene Arbeitszeit. Die Teilnahme an der Maßnahme wird zunächst für einen Zeitraum von drei Monaten genehmigt und kann bis zu einer Gesamtdauer von einem Jahr verlängert werden. Im Verlauf der Maßnahme werden die Teilnehmenden durch Beraterinnen und Berater begleitet und unterstützt.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Worum wir Sie bitten:

- Ihr Einverständnis zur ZeitRaum-Teilnahme mit Arbeitszeitreduktion (betriebliche Umsetzung der Maßnahme in Absprache mit der Beratungsstelle ZeitRaum)
- Ausfüllen des Antrags auf den ZeitRaum-Eingliederungszuschuss (Informationen dazu finden Sie in den Ausfüllhinweisen auf der nächsten Seite sowie auf der Website des Projekts unter www.zeitraum-franken.info/fuer-arbeitgeberinnen)



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular **innerhalb von vier Wochen** an die folgende Anschrift der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern und geben Sie der ZeitRaum-Beratungsstelle Bescheid.

**Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Sonderteam rehapro Würzburg – Team 31/4159
Friedenstraße 12/14
97064 Würzburg**

Alternativ können Sie den Antrag auch per Telefax einsenden (Fax-Nr. 0931 802 98 4159).

Fragen zum Ablauf sowie zur Antragstellung und zur konkreten Umsetzung beantwortet Ihnen das ZeitRaum-Beratungsteam unter der Telefonnummer 0931 30 40 878-0.



Anhang: Informationen zum Eingliederungszuschuss und Ausfüllhinweise.

(zusätzliche Informationen: FAQs auf der Website » Bereich „für ArbeitgeberInnen“)

Informationen zum Eingliederungszuschuss

Höhe und Dauer

Der Eingliederungszuschuss wird prozentual vom tariflichen oder ortsüblichen Arbeitsentgelt (einschließlich des Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag, aber ohne Umlagen) ermittelt. Im Förderungszeitraum zu zahlende Einmalzahlungen wie Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Erfolgsprämien und Ähnliches werden anteilig berücksichtigt.

Die prozentuale Höhe und die Dauer der Förderung orientieren sich an der vereinbarten Reduktion der Arbeitszeit.

Rückzahlung des Eingliederungszuschusses

Der Eingliederungszuschuss ist vom Arbeitgeber zurückzahlen, wenn das Arbeitsverhältnis während der Förderungszeit oder innerhalb einer diesem Zeitraum entsprechenden erwarteten Weiterbeschäftigungszeit (längstens 12 Monate) frühzeitig beendet wird.

Eine Rückzahlungsverpflichtung besteht nicht, wenn die Versicherte oder der Versicherte das Arbeitsverhältnis gekündigt hat oder der Arbeitgeber berechtigt war, das Arbeitsverhältnis aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist oder aus Gründen, die in der Person oder dem Verhalten der Versicherten oder des Versicherten liegen, oder aus dringenden betrieblichen Erfordernissen, die eine Weiterbeschäftigung in diesem Betrieb entgegenstehen, zu kündigen.

Die Rückzahlung ist auf die Hälfte des Förderungsbetrages, höchstens aber den im letzten Jahr vor der Beendigung des Arbeitsverhältnisses gewährten Förderungsbetrag, begrenzt. Ungeförderte Nachbeschäftigungszeiten werden anteilig berücksichtigt.

Ausfüllhinweise zum Antrag auf ZeitRaum-Eingliederungszuschuss (DRV-Formular G0301)

Zu 1 – Bitte notieren Sie in diesem Feld handschriftlich den **gewünschten Termin für den Beginn** der Kombinationsleistung. Tragen Sie außerdem in der ersten Zeile als gewünschte **Dauer 12 Monate** ein sowie den zu kompensierenden **Anteil des maßgeblichen Arbeitsentgelts** (Differenz zwischen dem bisherigen Entgelt und dem Entgelt für den gewünschten Arbeitszeitumfang während der ZeitRaum-Teilnahme. Beispiel A: Tragen Sie hier 50% ein bei Vollzeitbeschäftigten, die während der Teilnahme auf 50% des vollen Stellenumfangs reduzieren. Beispiel B: Tragen Sie 33,3% ein bei Teilzeitbeschäftigten, die von bisher 75% des vollen Stellenumfangs auf 50% während der ZeitRaum-Teilnahme reduzieren).

Zu 2 bis 4 – Tragen Sie hier die abgefragten Daten ein.

Zu 5.1 – Tragen Sie hier nur die Bezeichnung der ausgeübten Tätigkeit ein. Der Rest entfällt.

Zu 5.2 bis 5.4 – Tragen Sie die abgefragten Daten ein. Die Angabe zur Weiterbeschäftigung entfällt.

Zu 5.5 – entfällt.

Zu 5.6 / 5.7 / 5.8 – es handelt sich bei ZeitRaum nicht um „zukünftige“ Arbeitnehmer.

Zu 5.9 – Bitte machen Sie hier die Angaben zur Beschäftigung während der ZeitRaum-Teilnahme.

Zu 6 bis 7 – Bitte machen Sie alle Angaben mit Bezug auf das bestehende Beschäftigungsverhältnis.

Zu 8 – Erklärung und Kenntnisnahme durch den Arbeitgeber: Mit Datum, Stempel und Unterschrift.

Zu 9 – Unterschrift der/des Versicherten.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages