

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
beim Auftragnehmer tätig:	hauptberuflich ☐ in Vollzeit ☐ in Teilzeit ☐ nebenberuflich ☐ Hauptarbeitgeber: _____
Art des Arbeitsverhältnisses:	auf Dauer ☐ befristet ☐ von _____ bis _____ Honorarkraft ☐
Einsatz in der Maßnahme:	mit _____ Std./Woche Einsatz in anderen Maßnahmen mit _____ Std./Woche. Einsatz in der Maßnahme (Name) _____ , Auftraggeber der Maßnahme _____.
erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung als:	
fachliche Erfahrungen (insbesondere auf das Konzept bezogen):	

persönliche Erfahrungen (insbesondere auf das Konzept bezogen. Hierzu zählen Erfahrungen im Umgang mit Menschen, Menschenkenntnis und kommunikative Fähigkeiten.):	
weitere Befähigungen/ Qualifikationen:	
Berufspraxis (ausgeübte Tätigkeit und Dauer):	
ggf. lfd. Weiterbildung durch:	
Ort, Datum Unterschrift, Stempel des Auftragnehmers (Textform ausreichend)	

VI.2 Antrag auf Auszahlung des Eingliederungshonorars

Maßnahmedaten

Maßnahmeart:	Ganzil
Maßnahmeort:	Schmallenberg
Vergabe-Nr.:	31/L/143/26/FD51

Teilnehmerdaten

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Arbeitsvertrag geschlossen am:	
Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb:	
Tätigkeit des Arbeitnehmers:	

Ich bitte um Auszahlung des Eingliederungshonorars nach dreimonatiger Beschäftigung gemäß dem Förderziel.

- ☐ Die Beschäftigungsbestätigung des Arbeitgebers/Ausbildungsbetriebes bzw. die Teilnahmebestätigung des Trägers der Qualifizierungsmaßnahme und die schriftliche Einverständniserklärung des Teilnehmers sind beigelegt.
- ☐ Der Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb/Maßnahmeträger verweigert die Beschäftigungs- bzw. Teilnahmebestätigung. Die Erklärung des Teilnehmers/der Teilnehmerin ist beigelegt.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Auftragnehmers

Angaben zum Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb

Name:

Anschrift:

Ansprechpartner (Name und Telefon):

Beschäftigungsbestätigung nach dreimonatiger Dauer des Beschäftigungs-/Ausbildungsverhältnisses

Ich/Wir bestätige(n), dass ich/wir mit

☐ Frau ☐ Herrn geb. am

wohnhaft:

☐ ein(e) sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis

☐ ein Ausbildungsverhältnis nach BBiG bzw. HwO

☐ eine geringfügige Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 SGB IV, die einen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich umfasst,

eingegangen bin/sind. Die Arbeitszeit beträgt Stunden wöchentlich.

Der Arbeits-/Ausbildungsvertrag wurde geschlossen am

☐ auf Dauer.

☐ befristet für die Zeit vom bis .

Das Beschäftigungs-/Ausbildungsverhältnis

☐ besteht ununterbrochen seit .

☐ bestand ununterbrochen vom bis .

Für das Beschäftigungsverhältnis wurde bei der Stadt/Gemeinde

☐ ein Beschäftigungszuschuss ☐ ein Eingliederungszuschuss

☐ beantragt. ☐ nicht beantragt

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Die schriftliche Einverständniserklärung des Teilnehmers/der Teilnehmerin zur Einholung dieser Auskunft beim Arbeitgeber liegt vor.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Auftragnehmers

Der Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb verweigert die schriftliche Beschäftigungsbestätigung. Die Aufnahme der Beschäftigung und die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses werden durch den Teilnehmer/die Teilnehmerin erklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Angaben zum Maßnahmeträger

Name:

Anschrift:

Ansprechpartner (Name und Telefon):

Bestätigung

nach sechsmonatiger Teilnahme an einer Qualifizierungsmaßnahme/Teilqualifikation

Ich/Wir bestätige(n), dass

☐ Frau ☐ Herrn geb. am

wohnhaft:

☐ seit mehr als sechs Monaten an einer Qualifizierung teilnimmt, die zu einem Abschluss in einem Ausbildungsberuf nach dem BBiG bzw. der HwO führt.

☐ an einem vollständigen Modul einer Teilqualifikation im Berufsbild der/des teilgenommen hat.

Name der Qualifizierungsmaßnahme:

Die Qualifizierungsmaßnahme hat am . begonnen und endet voraussichtlich am .

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Die schriftliche Einverständniserklärung des Teilnehmers/der Teilnehmerin zur Einholung dieser Auskunft beim Arbeitgeber liegt vor.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Auftragnehmers

Der Maßnahmeträger verweigert die schriftliche Beschäftigungsbestätigung. Die Aufnahme und die Dauer der Qualifizierungsmaßnahme werden durch den Teilnehmer/die Teilnehmerin erklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

VI.3 Antrag auf Auszahlung des Risikoausgleichs

Maßnahmedaten

Maßnahmeart:	Ganzil
Maßnahmeort:	Schmallenberg
Vergabe-Nr.:	31/L/143/26/FD51

Teilnehmerdaten

Name, Vorname:	
Anschrift:	

Ich bitte um Auszahlung des Risikoausgleichs:

- ☐ Der/Die Teilnehmer(in) hat die Maßnahme am _____ vorzeitig beendet.
- ☐ Abgangsgrund:
- ☐ Der Teilnehmer/die Teilnehmerin hat am _____ eine Beschäftigung aufgenommen und seine/ihre Arbeitslosigkeit beendet. Die Beschäftigungsbestätigung des Arbeitgebers oder die Beschäftigungserklärung des Teilnehmers/der Teilnehmerin kann nicht vorgelegt werden.
- ☐ Der Maßnahmeabbruch wurde dem Bedarfsträger am _____ mitgeteilt. Der teilnehmerbezogene Bericht ist beigelegt/liegt bereits vor.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Auftragnehmers