|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maßnahmebogen**  **für eine von einer fachkundigen Stelle zugelassenen**  **Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen**  **Eingliederung nach § 45 SGB III**  **bzw. § 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 45 SGB III** | | | | | | | **Bitte ausgefüllt per E-Mail an**  [**AG-TR@jc-blk.de**](mailto:AG-TR@jc-blk.de) **, bitte im Format doc.x!** | | | | |
|  | | | Maßnahmenummer: MAT  wird vom Jobcenter ausgefüllt | |
|  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Fachkundige Stelle** | |  | | | | | | | | | |
| Zulassung der Maßnahme (Zertifikat-Nr.) | | |  | | | | | | | | |
| Dauer der Zulassung für die Maßnahme | | | von | |  | | | | bis | |  |
| Dauer der Zulassung für den Träger | | | von | |  | | | | bis | |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| **1. Maßnahmeträger** | | | | | | | | | | | |
|  | Name |  | | | | | | | | | |
|  | Straße, Nummer |  | | | | | | | | | |
|  | PLZ, Ort |  | | | | | | | | | |
| **Ansprechpartnerin/Ansprechpartner** | | | | | | | | | | | |
|  | Name |  | | | | | | | | | |
|  | Telefon |  | | | | | | | | | |
|  | E-Mail |  | | | | | | | | | |
|  | Betriebsnummer |  | | | | | | (sofern noch nicht vorhanden ist die Beantragung bei der Bundesagentur für Arbeit erforderlich) | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **2. Maßnahmeort** | | | |  | | entspricht Betriebssitz des Maßnahmeträgers | | | | | |
|  | Straße, Nummer |  | | | | | | | | | |
|  | PLZ, Ort |  | | | | | | | | | |
|  | Telefon/Telefax |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **3. Maßnahmeziel** | | | | | | | | | | | |
|  | § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB III: Heranführung an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt oder | | | | | | | | | | |
|  | § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB III: Heranführung an eine selbständige Tätigkeit oder | | | | | | | | | | |
| **Unterstützungsleistung ausschließlich für den Rechtskreis SGB II** | | | | | | | | | | | |
|  | § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB III: Stabilisierung einer Beschäftigungsaufnahme | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **4. Maßnahmebezeichnung/-titel** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Maßnahmeinhalt** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Detaillierte Beschreibung zu den Maßnahmeinhalten: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Maßnahmedauer** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Tage: | |  | Wochen: | | |  | | | Monate: |  | Gesamtstunden: | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Maßnahmeform** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | Individuelle Maßnahme | | | oder | | |  | | Gruppenmaßnahme | | |  | | |
|  | |  |  | | |  | | |  | | Teilnehmerkapazität der Maßnahme | | |  | | |
|  | |  |  | | |  | | |  | | Anzahl Teilnehmerinnen/Teilnehmer | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Maßnahmekosten** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Von der FKS zugelassene Maßnahmekosten insgesamt je Teilnehmer(in)in Euro  **In den Maßnahmekosten enthalten sind Kosten für:**  Arbeitsbekleidung Gesundheitspass  Die bei der Zertifizierungsstelle eingereichte Kostenkalkulation ist dem Maßnahmebogen beizufügen. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Zahlungsbedingungen** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Geldinstitut | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | BIC | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | IBAN | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Hinweise** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Die vorherige Einreichung eines entsprechenden Kurzfragebogens bei der Agentur für Arbeit ersetzt nicht die interne Maßnahmeerfassung bei Trägern, die nicht der Agentur für Arbeit angehören (Jobcenter Burgenlandkreis). * Die interne Maßnahmeerfassung beim Jobcenter Burgenlandkreis erfolgt grundsätzlich nur, wenn Ihnen ein einlösbarer Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein für diese Maßnahme vorliegt. * Der Fragebogen ist vollständig auszufüllen und an das Jobcenter Burgenlandkreis zu senden. * Dem Fragebogen sind das Zertifikat für die Zulassung des Trägers nach § 181 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1 SGB III und das Zertifikat für die Zulassung der Maßnahme nach § 181 Abs. 6 Satz 2 Nr. 2 SGB III sowie die entsprechenden Anlagen beizufügen (z.B. Konzepte). * Das Jobcenter Burgenlandkreis prüft die eingereichten Unterlagen und teilt Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen die Maßnahme Nummer mit.   **Die Abrechnung der monatlichen Kosten für die Teilnehmer/innen hat bis zum 15. des Nachfolgemonats zu erfolgen.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |
|  | (Ort, Datum) | | | | | |  | | | Stempel Maßnahmeträgers, Unterschrift der/des Bevollmächtigten | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bitte nicht ausfüllen, wird vom Jobcenter ausgefüllt.**  **Maßnahmekosten:**   |  | | --- | | Es werden nur die Maßnahmekosten berücksichtigt, die im Rahmen des Zulassungsverfahrens für die jeweilige Maßnahme festgelegt wurden. Die Maßnahmekosten werden direkt mit dem Maßnahmeträger nach Vorlage eines Zahlungsantrages (Rechnung) abgerechnet. Maßnahmekosten können nur für tatsächlich durchgeführte Maßnahmen bzw. Teile von Maßnahmen erstattet werden. Fehlzeiten der Teilnehmerin/des Teilnehmers wirken sich nicht mindernd auf die Kostenerstattung aus.  **Zahlungsbedingungen bei vorzeitigem Ausscheiden:** | | Wird die Maßnahme vorzeitig beendet, können Maßnahmekosten ab diesem Zeitpunkt nicht mehr erstattet werden. |   **Fahrkosten** werden durch den Maßnahmeträger an die Teilnehmer ausgezahlt und nach  Rechnungslegung erstattet. | |
|  |  |
|  |  |
| **Sonstiges:** | Die Vermittlungsfachkraft legt Inhalte und die individuelle Verweildauer je nach Bedarf des Teilnehmers fest. |

**Datum Entscheidungsbefugte Tel.: 03445 / 7102102**

**AG-TR@jc-blk.de**