

Inhaltsverzeichnis

lfd.Nr.	Seite	Titel	Kürzel		Thema
1	1	Inhalt		1 Seite	
2	2	Anschreiben		2 Seiten	
3	4	Planungsniederschrift zur Durchführung von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE)	SGB II AGH 2 - 01/10	3 Seiten	Angaben zum Träger und zur Maßnahme
4	7	Antrag auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE)	SGB II AGH 3 - 10/09	8 Seiten	Angaben zur Zusätzlichkeit, Wettbewerbsneutralität, Qualifizierung/Praktikum, Gesundheitsorientierung usw. Selbstverpflichtung des Trägers (S.7)
5	15	Angaben zur Maßnahme	SGB II AGH 3a - 10/09	1 Seiten	Ziel und Zweck der Maßnahme, ausführliche Beschreibung
6	17	Stellenbeschreibung (Stellenangebot)	SGB II AGH 3b - 10/09	2 Seiten	Tätigkeitsbeschreibung
7	19	Finanzierungsnachweis / Erklärung des Trägers	SGB II AGH 3c - 10/09	2 Seiten	Angaben zur Finanzierung der Maßnahme
8	21	Eignung des Maßnahmeträgers	SGB II AGH 3d - 10/09	2 Seiten	Anlage zu Nr. 9 des Antrags Rechtsform des Trägers, personelle und räumliche Ausstattung
9	23	Fachliche Feststellung zum Antrag auf Förderung	SGB II AGH 4 - 10/09	7 Seiten	arbeitsmarktpolitische Zweckmäßigkeit, Betreuungsumfang
10	30	Förderung einer Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE) - Bewilligungsbescheid -	SGB II AGH 5 - 10/09	4 Seiten	Bewilligung erfolgt nur für die beantragten Arbeiten
11	34	Förderung einer Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE) - Änderungsbescheid -	SGB II AGH 6 - 10/09	2 Seiten	12 Änderungsoptionen
12	36	Schaffung von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung nach § 16d SGB II - AGH Monatsbericht -	SGB II AGH 7 - 10/09	2 Seiten	Anwesenheitsnachweis
13	38	Auszahlungsverfügung	SGB II AGH 8 - 10/09	1 Seite	die Auszahlungsverfügung weist einen Posten "Fahrtkosten" aus
14	39	Zwischenbericht	SGB II AGH 9 - 10/09	2 Seiten	z.B. 2.4 "Gab es Presse- und Öffentlichkeitsarbeit?" 2.7 Prüfung durch BA, Finanzamt oder Bundesrechnungshof?
15	41	Ergebnisbericht	SGB II AGH 10 - 10/09	2 Seiten	5.1 Führte die Maßnahme zu Einnahmen
16	43	Teilnehmerbeurteilung des Trägers	SGB II AGH 11 - 01/10	3 Seiten	Der Träger soll die Qualifikation bewerten und Begabungsschwerpunkte benennen
17	46	Maßnahme-/Trägerbeurteilung durch den Teilnehmer/die Teilnehmerin ausschließlich für die Vermittlung und die Integrationsarbeit	SGB II AGH 12 - 12/09	3 Seiten	Teilnehmer bewerten den Träger: Qualifizierung, Praktikum, sozialpädagogisches Angebot, persönliche Betreuung, Wert und Nutzen der Maßnahme
18	49	Merkliste zur Vorbereitung auf die Prüfung von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung	SGB II AGH 13 - 01/10	3 Seiten	Die Prüfung sieht ausdrücklich Teilnehmer-Befragung und Arbeitsplatzkontrollen vor.
19	52	Prüfungsniederschrift	SGB II AGH 13 - 01/10	3 Seiten	Die Prüfkriterien sehen vor . . . 3.4 ausschließlich Arbeiten gemäß genehmigter Stellenausschreibung 3.5 keine Pflichtaufgaben des Trägers



Bundesagentur für Arbeit

Zentrale

Bundesagentur für Arbeit, Regensburger Str. 104, 90478 Nürnberg

Stabstelle/ Recht Justizariat

Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht: 24.04.2011
Mein Zeichen:
(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Herrn

Name:
Durchwahl: +49 911 179 1720
Telefax: +49 911 179 5474
E-Mail:
Datum: 30. Mai 2011

Ihre Anfrage nach dem IFG zum Thema Arbeitsgelegenheiten

Sehr geehrter Hr.

die Rechtsgrundlage für die Durchführung von Arbeitsgelegenheiten ist § 16d Sozialgesetzbuch - Zweites Buch - Grundsicherung für Arbeitsuchende - SGB II. Die Umsetzung von Arbeitsgelegenheiten (AGH) wird durch die Arbeitshilfe Arbeitsgelegenheiten unterstützt, die in Abstimmung mit dem BMAS und unter Beteiligung der dort angesiedelten Begleitarbeitsgruppe Zusatzjobs entwickelt wurde. Die Arbeitshilfe AGH ist im Internet veröffentlicht (<http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A06-Schaffung/Publikation/GA-SGB-2-NR-21-2009-07-14-Anlage.pdf>).

Diese aktuelle Arbeitshilfe vom Juli 2009 unterscheidet zwischen verbindlichen fachlichen Hinweisen und Empfehlungen. Die Verwendung der von der Zentrale entwickelten Vordrucke hat nach Ziffer B 7 der Arbeitshilfe Empfehlungscharakter. Die Vordruckmuster erhalten Sie als Anlage.

Hinsichtlich der erbetenen Einschätzung erfolgte durch die Fachabteilung folgender Beitrag:

"Die Fördervoraussetzungen von Zusätzlichkeit und öffentlichem Interesse sowie Wettbewerbsneutralität sind anhand der konkret auszuführenden Arbeiten auf der Grundlage der Arbeitshilfe Arbeitsgelegenheiten zu beurteilen.

In Anlehnung an § 261 Abs. 2 SGB III sind die im Rahmen von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung durchgeführten Arbeiten zusätzlich, wenn sie ohne die Förderung nicht, nicht in diesem Umfang oder erst zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden. **Arbeiten, die auf Grund einer rechtlichen Verpflichtung (z.B. Verkehrssicherungspflichten) durchzuführen sind oder die üblicherweise von juristischen Personen des öffentlichen Rechts durchgeführt werden, sind nur förderungsfähig, wenn sie ohne die Förderung voraussichtlich erst nach zwei Jahren durchgeführt werden.** Arbeiten zur Bewältigung von Naturkatastrophen oder sonstiger außergewöhnlicher Ereignisse können in Anlehnung an § 270a Abs. 2 SGB III auch gefördert werden, wenn sie nicht zusätzlich sind.

- 2 -

Postanschrift
Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg

Telefon
+49 911 179 0
Telefax
+49 911 179 3600

Bankverbindung
BA-Service-Haus
Bundesbank
BLZ 76000000
Kto.Nr. 76001617
BIC: MARKDEF1760
IBAN:

Öffnungszeiten
000000000000000000000000

Sie erreichen uns:
Haltestelle Scharrerstraße
Straßenbahnlinie 6
Haltestelle Meistersingerhalle
Straßenbahnlinie 9,
Buslinie 36, 55

Eine Beurteilung, ob die Förderungsvoraussetzungen vorliegen, ist daher nur bezogen auf den konkreten Einzelfall unter Einbeziehung sämtlicher Aspekte möglich."

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



AGH-Nr.: _____

Planungsniederschrift zur Durchführung von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE)	
<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen	
Besprechung am: _____ Gesprächsteilnehmer beim Träger Herr / Frau _____ Herr / Frau _____ Herr / Frau _____	Ort: _____ Gesprächsteilnehmer beim Jobcenter Herr / Frau _____ Org.Einh. Herr / Frau _____ Org.Einh. Herr / Frau _____ Org.Einh.
1.	Angaben zum Träger Mit dem Träger: _____ wurde die Durchführung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE) unter Berücksichtigung der arbeitsmarktlichen Erfordernisse erörtert und er wurde über die Fördervoraussetzungen unterrichtet. Ein <input type="checkbox"/> Antrag nebst Anlagen auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung eine <input type="checkbox"/> aktuelle Arbeitshilfe Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II wurde ausgehändigt. 1.1 Der Träger ist ein <input type="checkbox"/> öffentlich-rechtlicher Träger. <input type="checkbox"/> gemeinnütziger Träger. <input type="checkbox"/> privatwirtschaftlicher Träger.
2.	Angaben zur Maßnahme 2.1 Ziel und Zweck der Maßnahme (stichwortartige Ausführungen): _____ 2.2 Der Träger wurde ausführlich auf die Notwendigkeit des öffentlichen Interesses der Arbeiten hingewiesen. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hinweis: Die Gemeinnützigkeit eines Maßnahmeträgers allein ist nicht hinreichend für die Annahme, dass die durchzuführenden Arbeiten im öffentlichen Interesse liegen. Die Arbeiten werden folgendem Maßnahmefeld zugeordnet: <input type="checkbox"/> Gesundheit und Pflege <input type="checkbox"/> Erziehung und Bildung <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung und Jugendliche <input type="checkbox"/> Wissenschaft und Forschung <input type="checkbox"/> Beratungsdienste <input type="checkbox"/> Kunst und Kultur <input type="checkbox"/> Umweltschutz und Landschaftspflege <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Infrastrukturverbesserung 2.3 Folgende Arbeiten sollen voraussichtlich durchgeführt werden bzw. kommen in Betracht (stichwortartige Ausführungen der auszuführenden Arbeiten): _____ Wo sollen die Arbeiten durchgeführt werden? <input type="checkbox"/> Betriebsstätte des Trägers <input type="checkbox"/> Einsatzstelle Ort _____ Hinweis: Werden die Arbeiten ganz oder teilweise in Einsatzstellen außerhalb der Betriebstätten des Maßnahmeträgers durchgeführt, ist ein gemeinsamer Förderantrag mit der Einsatzstelle erforderlich. 2.4 Der Träger wurde ausführlich auf die Notwendigkeit der Zusätzlichkeit der Arbeiten hingewiesen. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Es handelt sich um Arbeiten, die <input type="checkbox"/> erstmalig durchgeführt werden. <input type="checkbox"/> bereits einmal/wiederholt durchgeführt wurden (ABM Nr.: _____ AGH Nr.: _____).

6.	Angaben zur Finanzierung der Maßnahme	ja	nein
6.1	Der Träger wurde auf die Notwendigkeit der Finanzierungsdarlegung hingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Werden sich Dritte mit Leistungen an der Maßnahme beteiligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓		
	Wenn ja, wer? _____		
6.3	Werden voraussichtlich Einnahmen in der Maßnahme erzielt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓		
	Wenn ja, wodurch? _____		
7.	Mehraufwandsentschädigung für Teilnehmer		
7.1	Es wird eine Mehraufwandsentschädigung von _____ Euro/Std je Teilnehmer vorgeschlagen. Begründung: _____		
7.2	Der Träger ist bereit, die Auszahlung der Mehraufwandsentschädigung im Auftrag vorzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Kostenpauschale für Maßnahmeträger (Maßnahmekostenpauschale)		
8.1	Der Träger wird eine Maßnahmekostenpauschale benötigen. Wenn ja, voraussichtlich in Höhe von _____ Euro/mtl. je Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Der Träger wurde auf die Notwendigkeit der Begründung der Maßnahmekostenpauschale hingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Eignung des Maßnahmeträger		
	Der Träger wurde ausführlich auf die erforderliche Erfüllung der Trägereignung (s. AGH 3d) hingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Weitere Bemerkungen/Veranlassungen/Verfügung: _____		
11.	<p>_____, den _____</p> <p>(Ort) (Datum) (Unterschrift)</p>		



Eingangsvermerk der Agentur für Arbeit/
Grundsicherungsstelle

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Antrag auf
Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE)**

Hinweise zum Datenschutz

Der Träger der Grundsicherung benötigt die Angaben für die Prüfung der Förderungsvoraussetzungen gemäß § 16d Satz 2 Sozialgesetzbuch - Zweites Buch - (SGB II). Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergibt sich aus §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch - Erstes Buch - (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I). Die von Ihnen erfragten Angaben werden in eine Maßnahmeakte aufgenommen. Für die Leistungszahlung werden einzelne Ihrer Daten automatisiert verarbeitet und gespeichert; die Löschung erfolgt spätestens 5 Jahre nach Beendigung der Leistungsgewährung. Ihre Daten werden im erforderlichen Umfang auch zur Erfüllung anderer Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit nach dem Sozialgesetzbuch genutzt; an Stellen außerhalb der Grundsicherungsstellen werden sie im Rahmen des für die Leistungsgewährung erforderlichen Umfangs weitergeleitet.

1 Träger der AGH Maßnahme: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

e-Mail: _____

Internet: _____

Ansprechpartner (ggf. Vertreter): _____

1.1 Bankverbindung: _____

Bankleitzahl: _____ Konto-Nr.: _____

Kontoinhaber: _____

2 Angaben zur Maßnahme

2.1 Ziel und Zweck der Maßnahme/ Kurzbeschreibung

Ausführliche Beschreibung der Maßnahmekonzeption ist als Anlage (AGH 3a) beigefügt. ja nein

2.2 Angaben zum öffentlichen Interesse der Arbeiten

Hinweis: Die Gemeinnützigkeit eines Maßnahmeträgers allein ist nicht hinreichend für die Annahme, dass die durchgeführten Arbeiten im öffentlichen Interesse liegen.

Ausführliche Angaben zum öffentlichen Interesse sind als Anlage (AGH 3a) beigefügt. ja nein

2.3 Beschreibung der auszuführenden Arbeiten

2.3.1 Ausführliche Beschreibung der auszuführenden Arbeiten ist als Anlage (AGH 3a) beigefügt. ja nein

2.3.2 Wo sollen die Arbeiten durchgeführt werden (genauer Beschäftigungsort ggf. mit Lageplan)?

2.3.3 Die Arbeiten werden in meinem Betrieb / meinen Betriebsstätten durchgeführt. ja nein

↓
Wenn nein, die Arbeiten werden in folgenden Einsatzstellen (Name Institution/ Dienststelle/Betrieb) durchgeführt (ggf. Anlage beifügen):

Hinweis: Werden die Arbeiten ganz oder teilweise in Einsatzstellen außerhalb der Betriebsstätten des Maßnahmeträgers durchgeführt, ist die Unterschrift der Einsatzstelle erforderlich

2.4 Angaben zur Zusätzlichkeit der Arbeiten

2.4.1 Die Arbeiten würden ohne Förderung nicht oder nicht in diesem Umfang durchgeführt.

trifft zu trifft nicht zu

2.4.2 Die Arbeiten würden ohne Förderung zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt.

ja nein

2.4.3 Es besteht eine rechtliche Verpflichtung, die Arbeiten durchzuführen.

ja nein

2.4.4 Es handelt sich um Arbeiten, die üblicherweise von juristischen Personen des öffentlichen Rechts durchgeführt werden.

ja nein

Werden die Arbeiten um mindestens zwei Jahre vorgezogen?

ja nein

Zu welchem frühestmöglichen Zeitpunkt würden die Arbeiten auch ohne Förderung durchgeführt?

2.4.5 Wurden vergleichbare Arbeiten (gleicher Bereich, Abschnitt oder Sachgebiet) bereits in der Vergangenheit durchgeführt und gefördert? ja nein

Wenn ja, mit der Maßnahme ABM-Nr./ AGH-Nr.: _____

2.5 Angaben zur Wettbewerbsneutralität der Arbeiten:

Ist eine Beeinträchtigung der Wirtschaft als Folge der Förderung zu befürchten? ja nein

Wenn nein,

die auszuführenden Arbeiten werden nicht als Dienstleistung auf dem freien Markt angeboten.

es erfolgt eine Begrenzung der Nutzungsberechtigten auf sozial benachteiligte Personen.

eine Unbedenklichkeitsbescheinigung von Wirtschaftsorganisationen (z.B. der IHK, HWK) liegt vor.

es liegen andere Gründe vor:

2.6 Qualifizierung/Praktikum

2.6.1 Ist bei der Maßnahme ist eine Qualifizierung und/ oder ein betriebliches Praktikum für die zuzuweisenden Arbeitnehmer vorgesehen? ja nein

2.6.2 Wenn ja, (nicht zutreffendes bitte streichen)

eine Qualifizierung mit _____ Wochen/ Stunden.

ein betriebliches Praktikum mit _____ Wochen/ Stunden.

2.6.3 Grobplanung (Art, Umfang, Inhalt) bitte angeben:

Konzeption ist beigefügt wird nachgereicht

2.7 Sozialpädagogische Betreuung

2.7.1 Ist bei der Maßnahme eine sozialpädagogische Betreuung für die zuzuweisenden Arbeitnehmer vorgesehen? ja nein

2.7.2 Wenn ja, ein sozialpädagogischer Anteil von _____ Wochen/ Stunden.
(nicht zutreffendes bitte streichen)

2.7.3 Grobplanung (Art, Umfang, Inhalt) bitte angeben:

Konzeption ist beigefügt wird nachgereicht

2.8 Gesundheitsorientierung

2.8.1 Sind bei der Maßnahme gesundheitsorientierte Angebote für die zuzuweisenden Arbeitnehmer vorgesehen? ja nein

2.8.2 Wenn ja, gesundheitsorientierter Anteil von _____ Wochen/ Stunden
(nicht zutreffendes bitte streichen)
Grobplanung (Art, Umfang, Inhalt) bitte angeben.

2.8.3 Handelt es sich hierbei um kommunale Eingliederungsleistungen gem. § 16a SGB II/
Pflichtleistungen anderer Leistungsträger (Krankenkasse/ Pflegeversicherung)? ja nein

Wenn ja, eine Finanzierung über die Maßnahmekostenpauschale (s. Pkt. 8.1)
ist nicht möglich.

2.9 Weitere Maßnahmeelemente

3 Arbeitskräfte/Arbeitsvermittlung

3.1 Es sollen Arbeitsgelegenheiten für folgende Personengruppen/Personenkreise geschaffen werden (z.B. Jugendliche bis 25 Jahre, Ältere ab 58 Jahren, Langzeitarbeitslose ältere Menschen, Langzeitarbeitslose, Geringqualifizierte, Behinderte, Alleinerziehende, Berufsrückkehrer, erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund):

3.2 Für die auszuführenden Arbeiten sollen _____ Teilnehmer vom Träger der Grund-
sicherung zugewiesen werden, davon:

_____ Teilzeit mit ___ Stunden/Woche.

_____ Vollzeit.

3.3 Stellenbeschreibung(en) für die/den zuzuweisenden Teilnehmer
(Vordruck AGH 3b) ist beigefügt. ja nein

4 Umfang, Lage und Verteilung der Arbeitszeit

4.1 Der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt _____ Stunden
in der Regel von _____ bis _____.

4.2 Konkrete Aussage zu Lage und Verteilung der Arbeitszeit siehe Stellenbeschreibung
(Vordruck AGH 3b).

5 Dauer und Beginn der Förderung

5.1 Die Förderung soll ____ Jahr(e) ____ Monate ____ Wochen ____ Tage betragen.

5.2 Beginn der Arbeiten bzw. Beschäftigungsbeginn _____;

voraussichtliches Ende: _____

6 Angaben zur Finanzierung der Maßnahme

ja nein

6.1 Angaben zur Finanzierung der Maßnahme sind als Anlage (AGH 3c) beigefügt.

Hinweis: Der Vordruck AGH 3c ist erforderlich wenn eine Maßnahmekostenpauschale beantragt wird.

6.2 Besteht eine Verpflichtung Dritter, zur Finanzierung der Maßnahme Leistungen zu gewähren oder gewährt ein Dritter solche Leistungen, ohne dazu verpflichtet zu sein oder stellt(e) er solche in Aussicht oder können von Ihnen solche Leistungen beantragt oder erhoben werden? ja nein

6.2.1 Wenn ja, bitte näher erläutern und Vordruck AGH 3c beifügen:

6.3 Werden durch die Maßnahme Einnahmen erzielt? ja nein

6.3.1 Wenn ja, bitte näher erläutern und Vordruck AGH 3c beifügen:

7 Mehraufwandsentschädigung für Teilnehmer

7.1 Für die zugewiesenen Teilnehmer ist aus meiner/ unserer Sicht eine Mehraufwandsentschädigung von _____ Euro/Std. angemessen.

7.2 Ich/Wir bin/sind bereit die Auszahlung der Mehraufwandsentschädigung an die Teilnehmer im Auftrag der Grundsicherungsstelle vorzunehmen. ja nein

Hinweis: Die Höhe der Mehraufwandsentschädigung wird von der Grundsicherungsstelle festgelegt.

8 Kostenpauschale für Maßnahmeträger (Maßnahmekostenpauschale)

8.1 Ich/Wir beantrage/n eine Maßnahmekostenpauschale als Zuschuss für

- Personal - und Verwaltungskosten
 - Unfall – und Haftpflichtversicherung
 - Qualifizierungskosten zugewiesener Teilnehmer
 - sozialpädagogische Betreuung
 - gesundheitsorientierte Angebote
 - Sachkosten (z.B. Arbeitskleidung)
 - sonstiger Aufwand
- } Bitte Vordruck AGH 3c beifügen

in Höhe von ____ Euro/mtl. für ____ Teilnehmer (s. Nr. 3.2) x ____ Monate = ____ EURO.

8.2 Die Förderung ist erforderlich, weil sonst eine Finanzierung der Maßnahme nicht erreicht werden kann (siehe Vordruck AGH 3c). ja nein

8.4.1 Wenn ja, bitte Begründung:

9 Eignung des Maßnahmeträgers

9.1 Angaben zur Trägereignung (Vordruck AGH 3d) sind beigelegt. ja nein

9.2 Ist ein Personal-/ Betriebsrat vorhanden? ja nein

9.2.1 Wenn ja, Stellungnahme des Personal-/ Betriebsrates zur Durchführung der Maßnahme (s. Nr. 11) ist beizufügen.

10 Erklärung des Trägers der Maßnahme

- 10.1 Mir/Uns ist insbesondere bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben nicht nur zur Erstattung von Leistungen sondern auch zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren (Subventionsbetrug) führen können.
- 10.2 Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, eine ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme sicherzustellen. Dies umfasst insbesondere die maßnahmekonforme Durchführung der Arbeiten und eine zweckentsprechende Mittelverwendung, die Einhaltung der Vorschriften über den Arbeitsschutz und das Bundesurlaubsgesetz, mit Ausnahme der Vorschriften über das Urlaubsentgelt, die Sicherstellung der Unfallversicherung sowie der Haftpflichtversicherung der in den bewilligten Zusatzjobs beschäftigten Personen und die rechtzeitige Vorlage eines entsprechenden Nachweises bei der Agentur für Arbeit/ Grundsicherungsstelle sowie die Bereitstellung einer angemessenen fachlichen, personellen, sachlichen und räumlichen Ausstattung..
- 10.3 Die Finanzierung der Maßnahme ist gesichert (z.B. durch Eigenanteil).
- 10.4 Soweit dem Antrag entsprochen wird, beantrage(n) ich/wir gleichzeitig die monatlich nachträgliche Auszahlung der Leistungen.
- 10.5 Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, im Falle einer beruflichen Qualifikation/ eines betrieblichen Praktikums rechtzeitig vor Qualifizierungs- / Praktikumsbeginn einen detaillierten Plan vorzulegen, aus dem die Qualifizierungs-/ Praktikumsstätte sowie Inhalt und Dauer der Qualifizierung/ des Praktikums zu ersehen sind. Nach Ende der Qualifizierung/des Praktikums ist eine entsprechende Teilnahmebescheinigung auszustellen und vom Teilnehmer sowie dem Maßnahmeträger/ Praktikumsbetrieb zu unterschreiben.
- 10.6 Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, im Falle einer sozialpädagogischen Betreuung/ Gesundheitsorientierung rechtzeitig einen detaillierten Plan vorzulegen, aus dem Inhalt und Dauer der sozialpädagogischen Betreuung/ Gesundheitsorientierung zu ersehen sind.
- 10.7 Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, jede Änderung unverzüglich gegenüber meinen/ unseren Angaben im Antrag mitzuteilen, die sich auf die Förderungsvoraussetzungen und die Zahlung der Förderung auswirkt, insbesondere
- die Beendigung der Beschäftigung während des Förderungszeitraumes sowie die hierfür maßgeblichen Gründe,
 - eine Verringerung der der Bemessung der Arbeitsgelegenheit zugrunde liegenden Arbeitszeit,
 - den nicht maßnahmegerechten Ansatz eines zugewiesenen Teilnehmers
 - eine Veränderung der Einnahmen oder Zuschüsse Dritter.
- 10.8 Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, Maßnahmebelege mindestens 5 Jahre nach Ablauf der Förderungsdauer für Prüzzwecke aufzubewahren.
- 10.9 Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns nach der Hälfte der bewilligten Förderdauer (nur bei Maßnahmen die länger als 6 Monate dauern) einen Zwischenbericht spätestens 1 Monat danach und zum Ende der Maßnahme spätestens 2 Monate nach Maßnahmeende einen Ergebnisbericht und eine Dokumentation (z.B. Verlauf, Arbeitsergebnisse, Wirkungen, Erfahrungen), für die Teilnehmer eine Teilnahmebescheinigung und für die Agentur für Arbeit/ Grundsicherungsstelle eine Teilnehmerbeurteilung (§ 61 SGB II) sowie die Unterlagen, die für eine abschließende Entscheidung über den Umfang der zu erbringenden Leistungen erforderlich sind, zu erstellen.
- 10.10 Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, Presse- und Öffentlichkeitsarbeiten mit der Agentur für Arbeit/ Grundsicherungsstelle abzustimmen.
- 10.11 (Hier können die Grundsicherungsstellen weitere Einträge vornehmen)

Für den Maßnahmeträger:
Stempel

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Für die Einsatzstelle (ggf. Anlage beifügen):
Stempel

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

11. Stellungnahme des Personal-/Betriebsrates zu den Angaben im Antrag wird nachgereicht

Der Maßnahme wird

- zugestimmt.
- nicht zugestimmt.
- Es bestehen Bedenken (s. Anlage).

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift des Personal-/ Betriebsrates)



AGH-Nr.: _____

Angaben zur Maßnahme	
Anlage zu Nr. 2 des Antrages auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung	
<input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen	
Träger der Maßnahme:	
Kurzbezeichnung der Maßnahme:	
1.	Maßnahmekonzeption
1.1	Ziel und Zweck der Maßnahme: _____
1.2	Ausführliche Beschreibung der Maßnahme: _____
1.3	Welchem Maßnahmefeld werden die Arbeiten zugeordnet? bitte nur ein Feld <input type="checkbox"/> ankreuzen <input type="checkbox"/> Gesundheit und Pflege <input type="checkbox"/> Erziehung und Bildung <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung und Jugendliche <input type="checkbox"/> Wissenschaft und Forschung <input type="checkbox"/> Beratungsdienste <input type="checkbox"/> Kunst und Kultur <input type="checkbox"/> Umweltschutz und Landschaftspflege <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Infrastrukturverbesserung
1.4	Wie lassen sich die beantragten Arbeiten von den Pflichtaufgaben abgrenzen? (Angaben über die bisherigen Tätigkeiten/Aktivitäten – auch ehrenamtlich) _____
2.	Angaben zum öffentliches Interesse der Arbeiten
2.1	Worin besteht das öffentliche Interesse an den Arbeiten (unmittelbarer und mittelbarer Nutzen für die Allgemeinheit) und welche Folgewirkungen gehen von der Maßnahme aus (Infrastruktur auch soziale, Umwelt, Arbeitsplätze, Investitionen)? Hinweis: Die Gemeinnützigkeit eines Maßnahmeträgers allein ist nicht hinreichend für die Annahme, dass die durchgeführten Arbeiten im öffentlichen Interesse liegen. _____
2.2	Bei Anschaffung von Liegenschaften, langlebigen Gebrauchsgütern bzw. bei Sanierung von Liegenschaften und Finanzierung i.R.d. Maßnahmekostenpauschale wird das Ergebnis der Arbeiten bzw. die Nutzung der Allgemeinheit für <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre <input type="checkbox"/> 10 Jahre zur Verfügung gestellt.
3.	Beschreibung der auszuführenden Arbeiten
3.1	Ausführliche Beschreibung der auszuführenden Arbeiten: _____
4.	Unterschrift des Maßnahmeträgers _____, den _____ (Ort) (Datum) Unterschrift Maßnahmeträger/ Einsatzstelle



AGH-Nr.: _____

Stellenbeschreibung			
– gleichzeitig Stellenangebot für die Zuweisung –			
Anlage zu Nr. 3 des Antrages auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit <input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen			
Träger der Maßnahme: _____			
Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____			
1.	Tätigkeitsbeschreibung für _____ Kräfte		
2.	Bezeichnung der Tätigkeit: _____		
3.	Tätigkeitsbeschreibung/Anforderungen (berufliche Mindestkenntnisse und –fertigkeiten, körperliche Anforderungen soziale Kompetenzen): _____		
3.1	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Zielgruppe <input type="checkbox"/> Jugendliche bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Ältere ab 58 Jahren <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose ältere Menschen <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose <input type="checkbox"/> Geringqualifizierte <input type="checkbox"/> Behinderte </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Alleinerziehende <input type="checkbox"/> Berufsrückkehrer <input type="checkbox"/> erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> Sonstige _____ </td> </tr> </table>	Zielgruppe <input type="checkbox"/> Jugendliche bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Ältere ab 58 Jahren <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose ältere Menschen <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose <input type="checkbox"/> Geringqualifizierte <input type="checkbox"/> Behinderte	<input type="checkbox"/> Alleinerziehende <input type="checkbox"/> Berufsrückkehrer <input type="checkbox"/> erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Zielgruppe <input type="checkbox"/> Jugendliche bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Ältere ab 58 Jahren <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose ältere Menschen <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose <input type="checkbox"/> Geringqualifizierte <input type="checkbox"/> Behinderte	<input type="checkbox"/> Alleinerziehende <input type="checkbox"/> Berufsrückkehrer <input type="checkbox"/> erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> Sonstige _____		
3.2	Qualifizierung/Praktikum Ist bei der Maßnahme eine Qualifizierung und/ oder betriebliches Praktikum vorgesehen? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> ↙ ↓ </div> Wenn ja , siehe <input type="checkbox"/> Grobplanung im Antrag AGH 3 Ziffer 2.6		
4.	Tätigkeitsort/e (Bitte genaue Anschrift angeben, ggf. mit Lageplan) _____		
4.1	Einsatzstelle: _____		
5.	Vorgeschlagene Mehraufwandsentschädigung: _____ € je Stunde		
6.	Zeitlicher Umfang: _____ Stunden /wöchentlich		
7.	Lage und Verteilung der Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Gleitend <input type="checkbox"/> Schicht von _____ bis _____ Uhr <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So		
8.	Dauer der Tätigkeit: von _____ bis _____		

9.	<p>Vorzustellen bei/ Rückfragen an:</p> <p>Herrn/Frau _____</p> <p>Telefon: _____ Fax: _____</p> <p>E-Mail: _____ Internet: _____</p>
10.	<p>Für den Maßnahmeträger:</p> <p>Stempel</p> <p>_____, den _____</p> <p>(Ort) (Datum) (Unterschrift)</p>
11.	<p>Für die Einsatzstelle (Unterschrift nur erforderlich, wenn Angaben unter 4.1)</p> <p>Stempel</p> <p>_____, den _____</p> <p>(Ort) (Datum) (Unterschrift)</p>

AGH MAE

AGH-Nr.: _____



Bundesagentur für Arbeit

(Vordruck erforderlich wenn eine Maßnahmekostenpauschale beantragt wird)

**Finanzierungsnachweis
(Angaben zur Finanzierung der Maßnahme)**

Anlage zu Nr. 6 des Antrages auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung

I Träger der Maßnahme: _____

II Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____

III Gesamtkosten		Angabe des Trägers in vollen Euro	IV Finanzierung		Angabe des Trägers in vollen Euro
Kosten/Einzelpositionen					
1.	Personal- und Verwaltungskosten		1.	Eigenmittel	
1.1			1.1		
1.2			1.2		
2.	Unfall- und Haftpflichtversicherung		2.	Einnahmen	
2.1			2.1		
2.2			2.2		
3.	Qualifizierungskosten		3.	Leistungen Dritter (z.B. Kommune, Land, ESF-Förderung)	
3.1			3.1		
3.2			3.2		
4.	Sozialpädagogische Betreuung		4.	Kredit/ Spenden/ Sonstiges	
4.1			4.1		
4.2			4.2		
5.	Gesundheitsorientierte Angebote		5.	Förderung durch den Träger der Grundsicherung	
5.1			5.1	Mehraufwandsentschädigung	
5.2			5.2	Maßnahmekostenpauschale	
6.	Sachkosten (z.B. Arbeitskleidung)				
6.1					
6.2					
7.	Sonstige Kosten				
7.1					
Summe Gesamtkosten:			Summe Finanzierung:		

Erklärung des Trägers der Maßnahme

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

_____, den _____, (Ort) (Datum) _____ (Unterschrift(en) des Trägers der Maßnahme)



AGH-Nr.: _____

Eignung des Maßnahmeträgers	
Anlage zu Nr. 9 des Antrages auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit	
<input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen	
Träger der Maßnahme: _____	
Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____	
1.	<p>Trägerform</p> <p>1.1. Rechtsform des Trägers:</p> <p><input type="checkbox"/> öffentlich- rechtlicher Träger <input type="checkbox"/> gemeinnütziger Träger <input type="checkbox"/> privatwirtschaftlicher Träger</p> <p>1.2 Trägerart</p> <p><input type="checkbox"/> Gemeinde/ Stadt <input type="checkbox"/> Verein/ private Initiative <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen</p> <p><input type="checkbox"/> Landkreis/ Regierungsbezirk/ Land <input type="checkbox"/> gemeinnütziges Unternehmen/ gemeinnützige Genossenschaft <input type="checkbox"/> Personalgesellschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Bundesbehörde <input type="checkbox"/> sonstiger Träger des privaten Rechts <input type="checkbox"/> Kapitalgesellschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Kirche/ kirchliche Einrichtung <input type="checkbox"/> sonstiges privatwirtschaftliches Unternehmen</p> <p><input type="checkbox"/> sonst. Träger des öffentlichen Rechts <input type="checkbox"/> nicht gemeinnütziger Verein</p>
2.	<p>Organe</p> <p>2.1 Welche rechtlichen Organe bestehen? _____</p> <p>2.2 Wer sind die Vertreter? _____</p>
3.	<p>Finanzprüfung ja nein</p> <p>3.1 Erfolgt eine Finanzprüfung (z.B. Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberater, Kassenwart)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">↓</p> <p>Wenn ja, durch wen? _____</p> <p>3.2 Liegt darüber hinaus ggf. ein Prüfsiegel (z.B. Spendenprüfsiegel) vor?</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
4.	<p>Qualitätsmanagement ja nein</p> <p>4.1 Wird ein zertifiziertes QM-System angewandt (z.B. Zertifikate, ISO Norm, DIN Norm)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">↓</p> <p>Wenn ja, welches (Bitte genaue Angabe)?</p> <p>_____</p> <p style="margin-left: 20px;">↓</p> <p>4.2 Wenn nein, wie wird die Qualität der Arbeiten sichergestellt?</p> <p>_____</p>

5.	Angaben zur Organisation des Trägers	ja	nein
5.1	Ist die Einrichtung einer Dachorganisation angeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓ Wenn ja, bitte benennen: _____		
5.2	Erläutern Sie bitte die Strukturen bzw. organisatorische Einheiten des Betriebes (Hauptbetrieb, Nebenbetrieb, Tochtergesellschaft, Zeitarbeitsfirma) z.B. in Form eines Organigramms.		
6.	Angaben zur Ausstattung des Trägers/ der Einsatzstelle		
6.1	Personelle Ausstattung		
6.1.1	Wie viel Stammpersonal wird beschäftigt? _____		
6.1.2	Ist ein Stellenplan vorhanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	↓		
6.1.3	Wenn ja, sind alle Stellen besetzt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
6.1.4	Sind ehrenamtliche Mitarbeiter im Einsatz?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	↓		
6.1.5	Wenn ja , wie ist der Umfang der ehrenamtlichen Tätigkeit? _____		
6.1.6	Wie ist die Anleitung/ Betreuung/ Qualifizierung der AGH-Kräfte geregelt bzw. wem obliegt sie? _____		
6.1.7	Wie wird die Qualifikation von Anleiter/ Betreuer und Lehrpersonal sichergestellt (z.B. berufliche und persönliche Qualifikation, erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung)? _____		
6.2	Sachliche technische Ausstattung		
6.2.1	Bitte stellen Sie die sachliche u. technische Ausstattung, die für die Maßnahme zur Verfügung steht dar: _____		
6.3	Räumliche Ausstattung		
6.3.1	Bitte stellen Sie die räumliche Ausstattung, die für die Maßnahme zur Verfügung steht dar (z.B. Arbeitsräume, Gruppenräume, Besprechungsräume, Sozialräume, sanitäre Einrichtungen): _____		
7.	Für den Maßnahmeträger/ die Einsatzstelle:		
	Stempel		
	_____, den _____		
	(Ort)	(Datum)	(Unterschrift)
	Hinweis: Werden die Arbeiten ganz oder teilweise in Einsatzstellen außerhalb der Betriebsstätten des Maßnahmeträgers durchgeführt, ist pro Einsatzstelle ein Vordruck auszufüllen.		

Bei erstmaliger Antragstellung / bei Änderungen sind folgende Unterlagen beizufügen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vereinssatzung/ Gesellschaftsvertrag | <input type="checkbox"/> Vereins-/ Handelsregisterauszug (beglaubigt) |
| <input type="checkbox"/> ggf. Bestätigung des Finanzamtes über die Gemeinnützigkeit | <input type="checkbox"/> ggf. Bestätigung über Spenden-/ Prüfzertifikate |
| <input type="checkbox"/> | |



AGH-Nr.: _____

Dienststelle:
 Org.-Einheit:
 Telefon:
 Telefax:
 e-mail:
 Integrationsfachkraft:

Fachliche Feststellung			
zum Antrag auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung			
Teil A – Vermittlung		<input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen	
Träger der Maßnahme: _____			
Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____			
1.	Maßnahmekonzeption	ja	nein
1.1	Liegt eine aussagekräftige Maßnahmebeschreibung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Die Maßnahme ist geeignet einen Beitrag zur Erfüllung der in § 1 SGB II genannten Ziele und Aufgaben zu leisten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ziel und Zweck der Maßnahme		
	<input type="checkbox"/> Heranführung an das Arbeitsleben –niedrigschwellig- <input type="checkbox"/> Aktivierung, Arbeitserprobung, Motivationsfeststellung <input type="checkbox"/> Soziale Teilhabe, Erhalt Beschäftigungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Qualifizierung, Eignungs- und Interessensfeststellung		
3.	Arbeitsmarktpolitische Zweckmäßigkeit		
3.1	Zielgruppen		
	In der Maßnahme sind insbesondere folgende Zielgruppen zuzuweisen:		
	<input type="checkbox"/> Jugendliche bis 25 Jahre	<input type="checkbox"/> Alleinerziehende	
	<input type="checkbox"/> Ältere ab 58 Jahren	<input type="checkbox"/> Berufsrückkehrer	
	<input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose ältere Menschen	<input type="checkbox"/> eHb mit Migrationshintergrund	
	<input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose	<input type="checkbox"/> Sonstige	
	<input type="checkbox"/> Geringqualifizierte	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Behinderte	<input type="checkbox"/>	
3.11	Hinweis zur Zielgruppe: Jugendliche		
	Im Zusammenhang mit den Integrationsbemühungen für Jugendliche gilt in besonderem Maße, dass AGH MAE nachrangig zu einer Ausbildung, zu einer Einstiegsqualifizierung, zur Vorbereitung und Hin- führung zu einer Ausbildung einschließlich niedrigschwelliger Angebote sowie zu Arbeit sind (s. Arbeitshilfe A 6.11).		
	Die Hinweise wurden bei der Maßnahmekonzeption berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12	Hinweis zu Rehabilitanden		
	Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB IX durch den zuständigen Rehabilitationsträger haben, sollen grundsätzlich nicht in AGH zugewiesen werden. Die Teilnahme an Arbeitsgelegenheiten kann nur nach Abklärung des Rehabilitationsverfahren mit dem Rehabilitationsträgers erfolgen (s. Arbeitshilfe A 6.3).		

		ja	nein
3.2	Für die Zuweisung stehen voraussichtlich geeignete eHb zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ Wenn nein, Antrag ist abzulehnen. Begründung: _____			
4. Tätigkeitsbeschreibung/ Arbeitsinhalte/ Einsatzfelder/ Einsatzorte			
4.1	Liegt eine ausführliche Beschreibung der auszuführenden Arbeiten vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ Wenn nein, Trägergespräch erforderlich (Bewilligung noch nicht möglich).			
4.2	Angaben zu Arbeitsinhalte, Einsatzfelder und Einsatzort liegen vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ Wenn nein, Trägergespräch erforderlich (Bewilligung noch nicht möglich).			
4.3	Der Träger unterstützt und fördert die persönliche und berufliche Entwicklung der zugewiesenen eHb durch:		
	<input type="checkbox"/> Bewerbungstraining	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/> Qualifizierung/ Praktikum	<input type="checkbox"/>	_____
5. Beschreibung von Einsatzstellen			
5.1	Werden die Arbeiten ganz oder teilweise in Einsatzstellen außerhalb der Betriebsstätten des Maßnahmeträgers durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ Wenn ja, eine Stellenbeschreibung für die Einsatzstelle liegt vor.			
5.2	Die Stellenbeschreibung wurde geprüft und entspricht den Zielen der Maßnahme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Förderdauer			
6.1	Für die Durchführung der Arbeiten ist eine – weitere – Förderdauer von _____ Monaten angemessen.		
6.2	Beginn der Maßnahme: _____		
6.3	Ende der Maßnahme: _____		
7. Umfang/ Lage und Verteilung der Arbeitszeit			
7.1	Für die auszuführenden Arbeiten sollen _____ Teilnehmer vom Träger der Grundsicherung zugewiesen werden.		
7.11	Davon _____ in Teilzeit mit _____ Std. wöchentlich		
	_____ in Teilzeit mit _____ Std. wöchentlich		
	_____ in Vollzeit mit _____ Std. wöchentlich		
7.2	Die Lage und Verteilung der Arbeitszeit ist angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓ Wenn nein, Trägergespräch erforderlich (Bewilligung noch nicht möglich).			

Prüfung und Entscheidung

zum Antrag auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung

Teil B – AG/Trägerteam -

Zutreffendes bitte ankreuzen

1.	Prüfung	ja	nein
1.1	Der Antrag auf Förderung wurde schriftlich vor Beginn der Arbeiten gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Werden die Arbeiten ganz oder teilweise in Einsatzstellen außerhalb der Betriebsstätten des Maßnahmeträgers durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maß-
	↓ Wenn ja , ist ein gemeinsamer Förderantrag von Maßnahmeträger und jeweiliger/ jeweiligen Einsatzstelle/ Einsatzstellen (Trägerverbund) erforderlich.		
1.3	Liegt eine positive Fachliche Feststellung von Seiten der Vermittlung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓ Wenn nein, Antrag ist abzulehnen.		
2.	Träger		
2.1	Der Träger ist ein <input type="checkbox"/> öffentlich- rechtlicher Träger. <input type="checkbox"/> gemeinnütziger Träger. <input type="checkbox"/> privatwirtschaftlicher Träger.		
2.2	Gewährleistet der Maßnahmeträger eine gesetzeskonforme, ordnungsgemäße und Erfolg versprechende Durchführung der Arbeiten (s. Vordruck AGH 3d)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓ Wenn nein, Antrag ist abzulehnen.		
3.	Öffentliches Interesse		
	Die Arbeiten liegen im öffentlichen Interesse (in entsprechender Anwendung von § 261 Abs. 3 SGB III).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓ Wenn ja , wesentliche Gesichtspunkte in Stichworten _____ mit Verweis auf Fundstelle s. Bl. _____ d.A.		
	↓ Wenn nein, Antrag ist abzulehnen.		
	Begründung: _____		
	Hinweis: Die Gemeinnützigkeit eines Maßnahmeträgers allein ist nicht hinreichend für die Annahme, dass die durchgeführten Arbeiten im öffentlichen Interesse liegen.		
4.	Zusätzlichkeit		
	Die Arbeiten sind zusätzlich (in entsprechender Anwendung von § 261 Abs. 2 SGB III).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	↓ Wenn ja , wesentliche Gesichtspunkte in Stichworten _____ mit Verweis auf Fundstelle s. Bl. _____ d.A.		
	↓ Wenn nein, Antrag ist abzulehnen.		
	Begründung: _____		
	Hinweis: Die beantragten Arbeiten sind von den Pflichtaufgaben abzugrenzen.		

5.	Wettbewerbsneutralität Ist eine Beeinträchtigung der Wirtschaft als Folge der Förderung zu befürchten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ↓ Wenn nein, <input type="checkbox"/> die auszuführenden Arbeiten werden nicht als Dienstleistung auf dem freien Markt angeboten. <input type="checkbox"/> es erfolgt eine Begrenzung der Nutzungsberechtigten auf sozial benachteiligte Personen. <input type="checkbox"/> eine Unbedenklichkeitsbescheinigung von Wirtschaftsorganisationen (z.B. IHK; HWK) liegt vor. <input type="checkbox"/> es liegen andere Gründe vor. Erläuterung: _____ ↓ Wenn ja, Antrag ist abzulehnen.
6.	Finanzierung der Maßnahme 6.1 Die Finanzierung der Maßnahme ist sichergestellt – s. Bl. _____ d.A. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ↓ Wenn nein, Antrag ist abzulehnen. 6.2 Leistungen Dritter/ Einnahmen 6.21 Wird die Maßnahme durch finanzielle Leistungen Dritter unterstützt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ↓ Wenn ja, Vordruck AGH 3c liegt vor. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ↓ Wenn nein, Vordruck anfordern. 6.22 Werden im Rahmen der Maßnahme Einnahmen erzielt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ↓ Wenn ja, werden diese bei der Festsetzung der Höhe der Maßnahmekostenpauschale berücksichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ↓ Wenn nein, Trägergespräch erforderlich. 6.3 Mehraufwandsentschädigung für Teilnehmer 6.31 Bei der Festsetzung der Höhe der Mehraufwandsentschädigung für den Teilnehmer sind Fahrkosten zu berücksichtigen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Für den Teilnehmer ist während der Beschäftigung eine Mehraufwandsentschädigung in Höhe von _____ festgelegt. Für den Teilnehmer ist während der Qualifizierung eine Mehraufwandsentschädigung in Höhe von _____ festgelegt. Für den Teilnehmer ist während des Praktikums eine Mehraufwandsentschädigung in Höhe von _____ festgelegt 6.32 Die Auszahlung der Mehraufwandsentschädigung für Teilnehmer erfolgt über <input type="checkbox"/> den Träger. <input type="checkbox"/> die Grundsicherungsstelle.



Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht vom:
Mein Zeichen:
AGH MAE Nr.:
(bitte bei jeder Antwort angeben)

Name:
Telefon:
Telefax:
E-Mail:

Datum:

Förderung einer Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE) - Bewilligungsbescheid -

AGH Nr.:

Kurzbezeichnung der Maßnahme:

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf der Grundlage Ihres Antrages vom _____ und den dazugehörigen Unterlagen wird die oben bezeichnete Maßnahme nach § 16d Satz 2 Zweites Buch Sozialgesetzbuch - SGB II sowie den nachstehenden Bestimmungen bewilligt.

1. Grundlage

- 1.1 Die durchzuführenden Arbeiten müssen zusätzlich und im öffentlichen Interesse sein. Andere als die beantragten Arbeiten dürfen ohne vorherige Zustimmung der oben bezeichneten Dienststelle nicht durchgeführt werden.
- 1.2 Die Arbeiten im Rahmen einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung begründen kein Arbeitsverhältnis im Sinne des Arbeitsrechts; die Vorschriften über den Arbeitsschutz und das Bundesurlaubsgesetz mit Ausnahme der Regelungen über das Urlaubsgeld sind entsprechend anzuwenden; für Schäden bei der Ausübung ihrer Tätigkeit haften erwerbsfähige Hilfebedürftige nur wie Arbeitnehmer/innen.
- 1.3 Sie haben als Träger die Finanzierung und eine gesetzeskonforme und ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme sicherzustellen. Dies umfasst neben einer angemessenen personellen, sachlichen und räumlichen Ausstattung auch die Einhaltung von sozial-, arbeits- und steuerrechtlichen Verpflichtungen.
- 1.4 Die Arbeiten sind in Ihrem Betrieb/ ihren Betriebsstätten wie beantragt durchzuführen.
- 1.5 Die Arbeiten sind darüber hinaus nur in den
 beantragten Einsatzstellen
 den nachstehend genannten Einsatzstellen

durchzuführen.

8. Förderumfang

8.1 Maßnahmekostenpauschale für Träger

- 8.1.1 Die monatliche Maßnahmekostenpauschale je Teilnehmerplatz beträgt: Euro
- 8.1.2 Der Höchstförderbetrag für Maßnahmekosten (Plätze * Pauschale * Förderdauer) beträgt bis zu:
Euro

8.2 Mehraufwandsentschädigung für Teilnehmer

- 8.2.1 Den Teilnehmern wird eine Mehraufwandsentschädigung von Euro je geleisteter Beschäftigungsstunde gewährt. Darüber hinausgehender und nachzuweisender Mehrbedarf ist ggf. gesondert zu beantragen.
- 8.2.2 Die Auszahlung der Mehraufwandsentschädigung an die Teilnehmer erfolgt über
- den Maßnahmeträger
- die oben genannte Dienststelle

9. Auszahlung

- 9.1 Die Auszahlung der Förderung erfolgt ohne zusätzliche schriftliche Mitteilung zum Überweisungsbeleg monatlich nachträglich auf der Basis eines von Ihnen jeweils zu erstellenden und spätestens bis zum 10. des Folgemonats an die o.g. Dienststelle zu übersendenden Monatsberichts. Hierfür ist der beigefügte Vordruck „Monatsbericht Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung SGB II“ zu verwenden.
- 9.2 Etwaige zu Unrecht gewährte Beträge sind zu erstatten.
- 9.3 Alle Zahlungen erfolgen unter der Bedingung, dass die gewährten Förderleistungen zweckentsprechend verwendet werden.

10. Auflagen

Dieser Bescheid ergeht mit der Auflage, dass

- 10.1
- Sie als Maßnahmeträger die Erfüllung der Fördervoraussetzungen sicherstellen.
 - die Teilnehmer ausschließlich mit den bewilligten Arbeiten beschäftigt werden.
 - die Teilnehmer nur beim Maßnahmeträger und den bewilligten Einsatzstellen und nicht bei anderen Stellen beschäftigt werden.
 - Sie die Vorschriften über den Arbeitsschutz und das Bundesurlaubsgesetz mit Ausnahme der Regelungen über das Urlaubsentgelt entsprechend anwenden.
 - Sie die Unfallversicherung der Teilnehmer für alle Teile der Maßnahmegestaltung sicherstellen und nachweisen.
 - Ihre Aufwendungen im Zusammenhang mit der Maßnahmedurchführung mindestens der bewilligten Maßnahmekostenpauschale entsprechen. Einnahmen und Leistungen Dritter sind dabei zu berücksichtigen; diesbezügliche Änderungen sind unverzüglich mitteilen.
 - Sie alle Änderungen gegenüber den bewilligten Angaben der oben genannten Dienststelle unverzüglich mitteilen.
- Sie die Mehraufwandsentschädigung ohne Abzug unverzüglich an die Teilnehmer weitergeben.
- 10.2 die Maßnahmeunterlagen mindestens 5 Jahre nach Ablauf der Förderdauer für Prüzzwecke aufbewahrt werden.
- 10.3 Sie einen Zwischenbericht nach der Hälfte der bewilligten Förderdauer (nur bei Maßnahmen die länger als sechs Monate dauern) spätestens einen Monat danach einreichen.
- 10.4 Sie zum Ende der Maßnahme spätestens aber zwei Monate nach Maßnahmeende einen Ergebnisbericht und eine Dokumentation (z.B. Verlauf, Arbeitsergebnisse, Wirkungen, Erfahrungen) einreichen.
- 10.5 Sie zum Ende der Maßnahme für den jeweiligen Teilnehmer eine Teilnehmerbescheinigung und für die oben genannte Dienststelle eine aussagefähige Teilnehmerbeurteilung zur Ergänzung des Kundenprofils erstellen.
- 10.6 die zugewiesenen Teilnehmer für die erforderliche Zeit der Berufsberatung oder der Vorstellung bei einem anderen Arbeitgeber unter Fortzahlung der Mehraufwandsentschädigung freigestellt werden.

- 10.7 die oben genannte Dienststelle und die Prüfungsinstanzen der Bundesagentur für Arbeit und des Bundes (insbesondere Bundesrechnungshof) jederzeit das Recht haben, unangemeldete Maßnahmeprüfungen vorzunehmen. Der Träger hat entsprechende Auskünfte zu erteilen und Unterlagen bereitzustellen, Einsicht in Geschäftsunterlagen sowie den Zutritt zu den Geschäftsräumen bzw. zu den Arbeitsorten der Teilnehmer und die Befragungen der Teilnehmer zuzulassen oder zu gewährleisten.

In den Fällen, in denen zur Erfüllung des Maßnahmezwecks Arbeiten bei Einsatzstellen ausgeführt oder Haushaltsmittel an Dritte weitergeleitet werden, sind diese Rechte auch gegenüber der Einsatzstelle bzw. dem Dritten auszubedingen.

Bei Leistungsstörungen sind gegenüber dem Träger Sanktionen möglich (z.B. Abmahnung, ergänzende Auflagen, teilweise oder vollständige Rückforderung, Abbruch).

11. Ergänzende Hinweise

- 11.1 Zwischen dem Maßnahmeträger und dem Teilnehmer besteht kein Arbeitsverhältnis/ kein Arbeitsvertrag. Unabhängig davon sollten die beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dieser besonderen Art einer Beschäftigung entsprechend dokumentiert werden. Der Träger schließt daher mit dem Teilnehmer eine – der oben genannten Dienststelle binnen vier Wochen vorzulegende – schriftliche „Vereinbarung zum Einsatz in Arbeitsgelegenheiten“ ab (z.B. Beginn und Dauer, Einsatzorte, Einsatzstellen, Umfang und Verteilung der Arbeitszeit, Arbeitsinhalte, ggf. Qualifizierung/ Betreuung, Höhe der Mehraufwandsentschädigung, Arbeitsschutz, Haftung, Unfallversicherung, Urlaub, Ansprechpartner beim Träger, Teilnehmerbescheinigung und Beurteilung, Informations- und Mitteilungsverpflichtungen).
- 11.2 Im Zusammenhang mit der Maßnahmedurchführung ist die Gewährung weiterer Ermessensleistungen der aktiven Arbeitsförderung nicht möglich.
- 11.3 Ein Abdruck des Anerkennungsbescheides geht an die jeweilige Einsatzstelle/n.

12. Sonstiges:

13. Rechtsbehelf

Gegen diesen Bescheid ist der Widerspruch zulässig. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der oben bezeichneten Dienststelle einzureichen, und zwar binnen eines Monats, nachdem der Bescheid Ihnen bekannt gegeben worden ist.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Anlage/n:

- Vordruck „Monatsbericht Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung SGB II“



Ihr Zeichen:
Ihre Nachricht:
Mein Zeichen:
(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Name:
Durchwahl:
Telefax:
E-Mail:
Datum:

**Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE)
. Änderungsbescheid**

AGH Nr.:

Kurzbezeichnung der Maßnahme:

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bewilligungsbescheid vom wird geändert aufgrund Ihres Änderungsantrages vom .

1 Grundlage

Die Arbeiten sind - weiter - mit den von Ihnen genannten Inhalten nur in Betrieb/Betriebsstätten wie beantragt durchzuführen.

2 Wettbewerbsneutralität

Bei der Ausführung der Arbeiten sind Beeinträchtigungen der Wirtschaft zu vermeiden.

3 Qualifizierung/Praktikum

Die Maßnahme ist - wie bisher - ohne Qualifizierung/Praktikum durchzuführen.

4 Sozialpädagogische Betreuung

Die Maßnahme ist - wie bisher - mit sozialpädagogischer Betreuung durchzuführen.

5 Gesundheitsorientierung

Die Maßnahme ist - wie bisher - mit gesundheitsorientierten Angeboten durchzuführen.

SGB II AGH 6

Dienstgebäude
Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg

Telefon
0911 179 0
Telefax
0911 179 3600

Bankverbindung
BA-Service-Haus
Bundesbank
BLZ 76000000
Kto.Nr. 76001617
BIC: MARKDEF1760
IBAN:
DE5076000000076001617

Öffnungszeiten
000000000000000000000000

Sie erreichen uns:
Haltestelle Scharrerstraße
Straßenbahnlinie 6
Haltestelle Meistersingerhalle
Straßenbahnlinie 9,
Buslinie 36, 55

Internet
www.arbeitsagentur.de

6 Beschäftigungsumfang/-bedingungen, Zielgruppen

Die Maßnahme ist - wie bisher - entsprechend dem von Ihnen genannten Beschäftigungsumfang durchzuführen.

In der Maßnahme sind insbesondere folgende Zielgruppen zu beschäftigen:
Langzeitarbeitslose.

7 Förderungs-/Zuweisungsdauer

Die Förderdauer der Maßnahme bleibt unverändert.

8 Förderumfang

8.1 Maßnahmekostenpauschale für Träger

Die monatliche Maßnahmekostenpauschale je Teilnehmerplatz bleibt unverändert.

Der Höchstförderbetrag bleibt unverändert.

8.2 Mehraufwandsentschädigung für Teilnehmer

Die festgelegte Mehraufwandsentschädigung für die Teilnehmer bleibt unverändert.

Die Auszahlung der Mehraufwandsentschädigung erfolgt über den Maßnahmeträger.

9 Auszahlung

Die im Bewilligungsbescheid festgelegte Auszahlungsweise gilt auch für diesen Bescheid.

10 Auflagen

Die im Bewilligungsbescheid enthaltenen Auflagen sind auch Bestandteil dieses Bescheides.

11 Ergänzende Hinweise

Die im Bewilligungsbescheid aufgenommenen ergänzenden Hinweise gelten auch für diesen Bescheid.

12 Sonstiges/Teilablehnung

Die im Bewilligungsbescheid aufgenommenen ergänzenden Hinweise gelten auch für diesen Bescheid.

13 Rechtsbehelf

Gegen diesen Bescheid ist der Widerspruch zulässig. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei dem oben bezeichneten Träger der Grundsicherung einzureichen, und zwar innerhalb eines Monats, nachdem Ihnen der Bescheid bekannt gegeben worden ist.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Schaffung von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung - nach § 16d SGB II Monatsbericht

Träger / Anschrift:

An das Jobcenter

Kurzbezeichnung der Maßnahme zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung

Betreff: Abrechnung / Bericht zu Maßnahme-Nr.:

Berichtsmonat:

1) Erklärung des Trägers

Ich versichere, dass ausschließlich vom Jobcenter zugewiesene erwerbsfähiger Leistungsberechtigter nach dem SGB II in den im Förderantrag und im Bewilligungsbescheid beschriebenen Arbeitsgelegenheiten im Rahmen von Sozialrechtsverhältnissen beschäftigt werden und dass die Mehraufwandsentschädigungen ohne Abzug unverzüglich an die Teilnehmer weitergegeben werden.

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben, insbesondere der Teilnahmetage und Teilnahmestunden und beantrage für die nachstehenden Teilnehmer die Auszahlung von pauschalen Förderleistungen auf das im Förderantrag angegebene Konto. Meine Aufwendungen im Zusammenhang mit den o.a. Arbeitsgelegenheiten entsprechen mindestens den bewilligten Förderleistungen. Leistungen Dritter sind dabei berücksichtigt.

2) Auszahlungsantrag

Summe Teilnahmetage:		Summe Teilnahmestunden:	
----------------------	--	-------------------------	--

Erläuterungen zum Monatsbericht:

Maßnahmekosten sind nur für Zeiten förderbar, in denen die Arbeitsgelegenheiten besetzt oder als besetzt anerkannt waren (Teilnahmetage).

Für jeden Teilnahmetag wird 1/30 der bewilligten monatlichen Maßnahmekostenpauschale ausgezahlt.

TNT = Teilnahmetage = Kalendertage, an denen die Arbeitsgelegenheiten besetzt oder als besetzt anerkannt waren.

Urlaubstage der Teilnehmer (bis zu 2 Tage je vollem Kalendermonat Beschäftigungszeit) gelten als Teilnahmetage.

Teilnahme an Arbeitsgelegenheiten: voller Kalendermonat = 30 TNT / Teilmonate sind in Kalendertagen (höchstens 29) anzugeben.

Die Mehraufwandsentschädigung wird nur für tatsächliche Teilnahmestunden des Teilnehmers in der Maßnahme geleistet.

TNStd = Teilnahmestunden = Zahl der tatsächlich geleisteten Stunden in der Maßnahme.

Ort, Datum / Name, Unterschrift des Trägers
--



Träger der Maßnahme
Kurzbezeichnung der Maßnahme
Abrechnungsmonat

Auszahlungsverfügung

1. Die Förderung erfolgt aufgrund des Bewilligungsbescheides vom _____ und des/der vorgelegten Nachweise(s)

Maßnahmekosten- pauschale EUR	Mehraufwands- entschädigung EUR	Fahrkosten EUR	Gesamtbetrag EUR

2. Die Voraussetzungen für eine Auszahlung der Förderung aufgrund der vorgelegten Abrechnungsunterlagen sind in Höhe der o.g. Beträge erfüllt. ja nein
Wenn Nein, Begründung:

3. Es sind laut obenstehender Zusammenstellung Beträge zurückzufordern, weil

4. Verfügung für Aufhebung/Erstattung erstellen

5. Einmalige Auszahlungs-AO inERP erstellen

6. ERP-Auftragskennzeichen

7. Mittelbindung ggf. anpassen

8. Mitteilung/Bescheid an Träger, Durchschrift an

9. _____

10. WV am: _____ wegen _____

11. Z.d.A. _____

Datum	Hdz.

Sachlich und rechnerisch richtig

im Auftrag

_____, den _____
(Ort)

(Datum)

(Unterschrift des Fachassistenten/Sachbearbeiters)

(Unterschrift des Anordnungsbefugten)

AGH MAE

AGH-Nr.: _____

Zwischenbericht

für den Zeitraum vom: _____ bis: _____

Die Erhebung der Daten beruht auf § 61 Sozialgesetzbuch – Zweites Buch – SGB II

Zutreffendes bitte ankreuzen

<p>1. Grunddaten</p> <p>1.1 Träger der Maßnahme: _____</p> <p>1.2 Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____</p>
<p>2. Angaben zur Maßnahme</p> <p>2.1 Die Maßnahme wird vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> beim o.g. Träger in _____ <input type="checkbox"/> der Einsatzstelle _____ in _____ durchgeführt</p> <p>2.2 Kurzdarstellung über den Stand der in der Maßnahme durchgeführten Arbeiten: _____</p> <p>2.3 Welche sonstigen Wirkungen gingen von der AGH aus (z.B. weitere Investitionen Vernetzung mit Infrastrukturprogrammen)? _____</p> <p>2.4 Gab es Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Presseveröffentlichungen, Ausstellungen, Besuche von Mandatsträgern)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte näher erläutern und entsprechende Veröffentlichungen beifügen. _____</p> <p>2.5 Wurde die Maßnahme entsprechend Ihrem Antrag und den im Anerkennungs-/ Änderungsbescheid genannten Auflagen und Bedingungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, welche Änderungen sind eingetreten und warum waren diese erforderlich, ggf. Unterlagen beifügen. _____</p> <p>2.6 Während der Maßnahme gab es keine Schwierigkeiten/Beschwerden/sonstige Ereignisse. <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu Wenn nicht zutreffend, bitte näher erläutern. _____</p> <p>2.7 Während der Maßnahme erfolgte <u>keine</u> Prüfung seitens der Agentur für Arbeit/ARGE, des Bundesrechnungshofes oder anderer öffentlicher Stellen (z.B. Finanzamt, Einzugsstelle, Landesbehörden). <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu Wenn nicht zutreffend, bitte prüfende Stelle, Anlass und Ergebnis angeben. _____</p>

3. Angaben zu Teilnehmern												
3.1	In der Maßnahme werden _____ Teilnehmer beschäftigt.											
3.2	Werden die Teilnehmer ausschließlich im Rahmen der genehmigten Arbeiten und Stellenbeschreibung eingesetzt? Wenn nein, bitte Art der Arbeiten, Umfang und Gründe erläutern. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
3.3	Werden die Teilnehmer am genehmigten Maßnahmeort beschäftigt? Wenn nein, aus welchem Grund wurden Arbeiten an einem anderen Ort durchgeführt? In welchem Umfang wurden diese Arbeiten mit wie vielen Arbeitnehmern ausgeführt? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
3.4	Werden die Teilnehmer entsprechend den sonstigen Auflagen und Bedingungen beschäftigt? Wenn nein, bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
3.5	Werden Praktikum und Qualifizierung entsprechend dem Praktikums-/Qualifizierungsplan durchgeführt (Teilnahmebescheinigungen sind beigelegt)? Wenn nein, bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unzutreffend										
3.6	Die Teilnehmer konnten Angebote der sozialpädagogischen Betreuung oder Gesundheitsorientierung entsprechend der eingereichten Konzeption wahrnehmen. Wenn nein, bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unzutreffend										
4. Angaben zum Verbleib der Teilnehmer												
4.1	Wie werden die Vermittlungsbemühungen der Teilnehmer unterstützt (z.B. Bewerbungstraining, Begleitung bei Vorstellungsgesprächen, Empfehlungen bei Arbeitgebern)? _____											
4.2	Werden Teilnehmer in ein Dauerarbeitsverhältnis beim Träger übernommen? Wenn ja, bitte Name, Zeitpunkt und Tätigkeit angeben. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
4.3	Angaben über den Verbleib der Teilnehmer nach der Maßnahme: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>_____ Arbeitsstelle unbefristet</td> <td>_____ Rente</td> </tr> <tr> <td>_____ Arbeitsstelle befristet</td> <td>_____ Krankheit/Kur</td> </tr> <tr> <td>_____ Bundeswehr/Zivildienst</td> <td>_____ Arbeitslos</td> </tr> <tr> <td>_____ Schule/Studium</td> <td>_____ Sonstiges</td> </tr> <tr> <td>_____ Mutterschaft/Elternzeit</td> <td>_____ Unbekannt</td> </tr> </table>	_____ Arbeitsstelle unbefristet	_____ Rente	_____ Arbeitsstelle befristet	_____ Krankheit/Kur	_____ Bundeswehr/Zivildienst	_____ Arbeitslos	_____ Schule/Studium	_____ Sonstiges	_____ Mutterschaft/Elternzeit	_____ Unbekannt	
_____ Arbeitsstelle unbefristet	_____ Rente											
_____ Arbeitsstelle befristet	_____ Krankheit/Kur											
_____ Bundeswehr/Zivildienst	_____ Arbeitslos											
_____ Schule/Studium	_____ Sonstiges											
_____ Mutterschaft/Elternzeit	_____ Unbekannt											
5. Angaben zur Finanzierung der Maßnahme												
5.1	Hat sich ein Dritter an der Finanzierung der Maßnahme beteiligt? Wenn ja, bitte Vordruck AGH 3c ausfüllen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
5.2	Führte die Maßnahme zu Einnahmen? Wenn ja, bitte Vordruck AGH 3c ausfüllen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
6. Anregungen/Kritik (z.B. Teilnehmerauswahl, Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit/ARGE) _____												
7. _____, den _____												
Ort	Datum	Unterschrift des Trägers										

Anlagen:

- _____ Finanzierungsnachweis
- _____



Ergebnisbericht

Die Erhebung der Daten beruht auf § 61 Sozialgesetzbuch – Zweites Buch – SGB II

Zutreffendes bitte ankreuzen

<p>1. Grunddaten</p> <p>1.1 Träger der Maßnahme: _____</p> <p>1.2 Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____</p>	
<p>2. Angaben zur Maßnahme</p> <p>2.1 Die Maßnahme wurde vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> beim o.g. Träger in _____ <input type="checkbox"/> der Einsatzstelle _____ in _____ durchgeführt</p> <p>2.2 Ergebnis(se) der während der Maßnahme durchgeführten Arbeiten (Kurzdarstellung): _____</p> <p>2.3 Welche sonstigen Wirkungen gingen von der AGH aus (z.B. weitere Investitionen Vernetzung mit Infrastrukturprogrammen)? _____</p> <p>2.4 Gab es Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Presseveröffentlichungen, Ausstellungen, Besuche von Mandatsträgern)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte näher erläutern und entsprechende Veröffentlichungen beifügen. _____</p> <p>2.5 Ausführliche Dokumentation der Maßnahme (z.B. Ausgangslage, Durchführung, vermittelte Kenntnisse, Praktika/Qualifizierung, ausgeübte/fertiggestellte Arbeiten, Wirkungen, Vermittlungserfolge. Öffentlichkeitsarbeit) ist beigefügt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wird nachgereicht Wenn nein, bitte näher begründen. _____</p> <p>2.6 Wurde die Maßnahme entsprechend Ihrem Antrag und den im Anerkennungs-/ Änderungsbescheid genannten Auflagen und Bedingungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, welche Änderungen sind eingetreten und warum waren diese erforderlich, ggf. Unterlagen beifügen. _____</p> <p>2.7 Während der Maßnahme gab es keine Schwierigkeiten/Beschwerden/sonstige Ereignisse. <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu Wenn nicht zutreffend, bitte näher erläutern. _____</p> <p>2.8 Während der Maßnahme erfolgte <u>keine</u> Prüfung seitens der Agentur für Arbeit/ARGE, des Bundesrechnungshofes oder anderer öffentlicher Stellen (z.B. Finanzamt, Einzugsstelle, Landesbehörden). <input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu Wenn nicht zutreffend, bitte prüfende Stelle, Anlass und Ergebnis angeben. _____</p>	

3. Angaben zu Teilnehmern												
3.1	In der Maßnahme wurden _____ Teilnehmer beschäftigt. Aufstellung und Nachweis über gezahlte Mehraufwandsentschädigung ist beigefügt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
3.2	Wurden die Teilnehmer ausschließlich im Rahmen der genehmigten Arbeiten und Stellenbeschreibung eingesetzt? Wenn nein, bitte Art der Arbeiten, Umfang und Gründe erläutern. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
3.3	Wurden die Teilnehmer am genehmigten Maßnahmeort beschäftigt? Wenn nein, aus welchem Grund wurden Arbeiten an einem anderen Ort durchgeführt? In welchem Umfang wurden diese Arbeiten mit wie vielen Arbeitnehmern ausgeführt? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
3.4	Wurden die Teilnehmer entsprechend den sonstigen Auflagen und Bedingungen beschäftigt? Wenn nein, bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
3.5	Wurden Praktikum und Qualifizierung entsprechend dem Praktikums-/Qualifizierungsplan durchgeführt (Teilnahmebescheinigungen sind beigefügt)? Wenn nein, bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unzutreffend										
3.6	Die Teilnehmer konnten Angebote der sozialpädagogischen Betreuung oder Gesundheitsorientierung entsprechend der eingereichten Konzeption wahrnehmen. Wenn nein, bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unzutreffend										
4. Angaben zum Verbleib der Teilnehmer												
4.1	Wie wurden die Vermittlungsbemühungen der Teilnehmer unterstützt (z.B. Bewerbungstraining, Begleitung bei Vorstellungsgesprächen, Empfehlungen bei Arbeitgebern)? _____											
4.2	Wurden Teilnehmer in ein Dauerarbeitsverhältnis beim Träger übernommen? Wenn ja, bitte Name, Zeitpunkt und Tätigkeit angeben. _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
4.3	Angaben über den Verbleib der Teilnehmer nach der Maßnahme: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">_____ Arbeitsstelle unbefristet</td> <td style="width: 50%;">_____ Rente</td> </tr> <tr> <td>_____ Arbeitsstelle befristet</td> <td>_____ Krankheit/Kur</td> </tr> <tr> <td>_____ Bundeswehr/Zivildienst</td> <td>_____ Arbeitslos</td> </tr> <tr> <td>_____ Schule/Studium</td> <td>_____ Sonstiges</td> </tr> <tr> <td>_____ Mutterschaft/Elternzeit</td> <td>_____ Unbekannt</td> </tr> </table>	_____ Arbeitsstelle unbefristet	_____ Rente	_____ Arbeitsstelle befristet	_____ Krankheit/Kur	_____ Bundeswehr/Zivildienst	_____ Arbeitslos	_____ Schule/Studium	_____ Sonstiges	_____ Mutterschaft/Elternzeit	_____ Unbekannt	
_____ Arbeitsstelle unbefristet	_____ Rente											
_____ Arbeitsstelle befristet	_____ Krankheit/Kur											
_____ Bundeswehr/Zivildienst	_____ Arbeitslos											
_____ Schule/Studium	_____ Sonstiges											
_____ Mutterschaft/Elternzeit	_____ Unbekannt											
5. Angaben zur Finanzierung der Maßnahme												
5.1	Hat sich ein Dritter an der Finanzierung der Maßnahme beteiligt? Wenn ja, bitte Vordruck AGH 3c ausfüllen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
5.2	Führte die Maßnahme zu Einnahmen? Wenn ja, bitte Vordruck AGH 3c ausfüllen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
6. Anregungen/Kritik (z.B. Teilnehmerauswahl, Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit/ARGE) _____												
7. _____, den												
Ort	Datum	Unterschrift des Trägers										

Anlagen:

- _____ Nachweis (e) über ausgezahlte Mehraufwandsentschädigung
- _____ Finanzierungsnachweis
- _____ Teilnehmerbeurteilung/en
- _____ Maßnahmedokumentation



Träger der Maßnahme: dfjdsikjlgö

**Teilnehmerbeurteilung des Trägers
ausschließlich für die Vermittlung und Integrationsarbeit ¹⁾**

Die Erhebung der Daten beruht auf § 61 Sozialgesetzbuch – Zweites Buch – SGB II

Zutreffendes bitte ankreuzen

für Herrn/Frau _____			
	Name	Vorname	Geburtsdatum
1.	Kurzbezeichnung der Maßnahme: aksdflökäö		
2.	Teilnahme vom _____ bis _____		
3.	Beschäftigt als:		
4.	Ausgeübte Tätigkeit:		
5.	In der Maßnahme erworbene Qualifikationen:		
6.	Erkennbare Begabungsschwerpunkte:		
7.	Zusatzqualifikationen:		
8.	Arbeits- und Sozialverhalten:		

¹⁾ nach § 35 ff SGB III i.V.m. § 16 SGB II; nur erforderlich bei voraussichtlicher Arbeitslosigkeit im Anschluss an die Maßnahme

9.	Teilnahme an Qualifizierung vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	entfällt
9.1	bei wem? _____ (Name)	wo? _____	(Ort)
9.2	Zeitanteil an AGH MAE: _____ Wochen	_____	Stunden
9.3	Inhalte (Kurzbezeichnung):		
9.4	Wurde ein Teilnahmezertifikat erstellt?	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein
10.	Teilnahme am betrieblichen Praktikum vom _____ bis _____	<input type="checkbox"/>	entfällt
10.1	bei wem? _____ (Name Praktikumsbetrieb)	wo? _____	(Ort)
10.2	Zeitanteil an AGH MAE: _____ Wochen	_____	Stunden
10.3	ausgeübte Tätigkeiten im Praktikum:		
10.4	Wurde eine Praktikumsbeurteilung erstellt?	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein
11.	Vermittlung weiterer Qualifikationen erforderlich? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein
12.	Wurden während der Beschäftigungsdauer Einschränkungen im Hinblick auf die Vermittlungsfähigkeit erkennbar? Wenn ja, bitte Art der Einschränkung angeben.	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein
	gesundheitlich	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein
	zeitlich	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein
	andere	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein
13.	Anmerkungen/Sonstiges:		
Kenntnis genommen: _____			
	Teilnehmer	Verantwortliche(r) des Trägers/Tel.-Nr.	

Verfügung (nur vom Jobcenter auszufüllen)

- 1) Auswertung – Vermittlung –
- 2) Auswertung – AG/Trägerteam –
- 3)
- 4) Zur AGH-Akte

Hdz.	Datum

Erläuterungen zur Vorderseite:

Ausgeübte Tätigkeiten	Qualifizierte Beschreibung des Einsatzes in AGH MAE
In der Maßnahme erworbene Qualifikation	berufliche/fachliche Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten
Erkennbare Begabungsschwerpunkte	sowohl im Bereich der fachlichen als auch im Bereich der sozialen Qualifikation
Zusatzqualifikationen	über das vorliegende Berufsbild bzw. die Beschäftigung in AGH MAE hinausgehende Kenntnisse und Fertigkeiten (Fremdsprachen, Führerschein, etc.)
Arbeits- und Sozialverhalten	Zuverlässigkeit/Pünktlichkeit Belastbarkeit/Ausdauer Teamfähigkeit Integrationsbereitschaft Motivation Eigenverantwortung/Selbständiges Arbeiten Durchsetzungsvermögen Fortbildungsbereitschaft etc.
Qualifizierung während AGH MAE	Dauer in Stunden/Tagen und/oder Wochen
Inhalte	in Stichworten
Betriebliches Praktikum während AGH MAE	bitte auch Art des Praktikumsbetriebes angeben (GaLa-Bau, Handel, etc.)
Ausgeübte Tätigkeiten im Praktikum	in Stichworten
Weitere Qualifizierung sinnvoll	Hinweise für die Arbeitsvermittlung, zur Erarbeitung eines Eingliederungsplanes
Wurden Einschränkungen erkennbar	Hinweise für die Arbeitsvermittlung, zur Erarbeitung eines Eingliederungsplanes
Anmerkungen	Ergänzende Beurteilung/Zusammenfassung



AGH-Nr.: _____

Kunden-Nr.: _____

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

**Maßnahme-/Trägerbeurteilung durch den Teilnehmer/die Teilnehmerin
ausschließlich für die Vermittlung und Integrationsarbeit ¹⁾**

Die Erhebung der Daten beruht auf § 61 Sozialgesetzbuch – Zweites Buch – SGB II

Zutreffendes bitte ankreuzen

1.	Träger der Maßnahme _____
2.	Kurzbezeichnung der Maßnahme _____
3.	Angaben zur Beschäftigung
3.1	Wie lange waren Sie in der Maßnahme beschäftigt? vom _____ bis _____
3.2	Für welche Tätigkeit wurden Sie eingestellt? _____
3.3	Welche Arbeiten führten Sie aus? _____
3.4	Haben Sie die Arbeiten bei dem oben genannten Träger durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, bei wem haben Sie die Arbeiten ausgeführt? _____
3.5	An welchem Ort haben Sie die Arbeiten ausgeführt? _____
4.	Angaben zur Qualifizierung
4.1	Wurden Qualifizierungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.2	Wenn ja, von wem? _____ wo? _____ (Name) (Ort)
4.3	vom _____ bis _____ Zeitanteil an der Maßnahme: _____ Tage/Wochen/Monate
4.4	Inhalt (vermittelte Kenntnisse, Fähigkeiten, etc.) _____
4.5	Teilnehmerzertifikat erhalten? <input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen) <input type="checkbox"/> nein
4.6	Wurden andere/weitere Qualifikationen vermittelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte erläutern. _____

1) Für Maßnahmeprüfungen oder bei erneuter Arbeitslosmeldung von ABM-Teilnehmern.

4.7 Wie beurteilen Sie die Qualifizierung nach Schulnoten?

1	2	3	4	5	6

5. Angaben zum Praktikum

5.1 Wurde während der Maßnahme ein betriebliches Praktikum durchgeführt? ja nein

5.2 Wenn ja, bei wem? _____ wo? _____
 (Name) (Ort)

5.3 vom _____ bis _____ Zeitanteil an der Maßnahme: _____ Tage/Wochen/Monate

5.4 Ausgeübte Tätigkeiten im Praktikum:

5.5 Praktikumsbeurteilung erstellt? ja (bitte beifügen) nein

5.6 Wie beurteilen Sie das Praktikum nach Schulnoten?

1	2	3	4	5	6

6. Angaben zum Sozialpädagogischen Angebot

6.1 Gab es während der Maßnahme ein sozialpädagogisches Angebot? ja nein
 unbekannt

6.2 Wenn ja, von wem? _____ wo? _____
 (Name) (Ort)

6.3 vom _____ bis _____ Zeitanteil an der Maßnahme: _____ Tage/Wochen/Monate

6.4 Wie beurteilen Sie das sozialpädagogische Angebot nach Schulnoten?

1	2	3	4	5	6

7. Angaben zur Gesundheitsorientierung

7.1 Gab es während der Maßnahme ein Angebot zur Gesundheitsorientierung? ja nein

7.2 Wenn ja, von wem? _____ wo? _____

7.3 vom _____ bis _____ Zeitanteil an der Maßnahme: _____ Tage/Wochen/Monate

7.4 Angebotsinhalt:

7.5 Wie beurteilen Sie das Angebot zur Gesundheitsorientierung nach Schulnoten?

1	2	3	4	5	6

8. Angaben zum Träger/zur Einsatzstelle

8.1 Wie beurteilen Sie die räumliche und technische Ausstattung des Arbeitsplatzes/Trägers?

1	2	3	4	5	6

8.2 Wie beurteilen Sie die organisatorische Abwicklung durch den Träger/ die Einsatzstelle?

1	2	3	4	5	6

8.3 Wie beurteilen Sie die persönliche Betreuung durch Mitarbeiter/Führungskräfte des Trägers/der Einsatzstelle?

1	2	3	4	5	6

8.4 Wurden Ihre Eigenbemühungen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes vom Träger/ der Einsatzstelle unterstützt? ja nein
 Wenn ja, bitte näher erläutern

9. Beurteilung der Maßnahme

9.1 Hatte die Maßnahme nach Ihrer Einschätzung einen praktischen Nutzen/Wert für die Öffentlichkeit/Allgemeinheit? ja nein
 Wenn nein, bitte näher erläutern:

9.2 Hatte die Maßnahme für Sie persönlich einen Nutzen? ja nein
 Wenn nein, bitte näher erläutern:

9.3 Anmerkungen:

10. Name des Teilnehmers (bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift des Teilnehmers

Verfügung (nur von der Agentur für Arbeit auszufüllen)

- 1) Auswertung im A-Team
- 2) Auswertung im B-Team
- 3)
- 4) Zur AGH-Akte

Hdz.	Datum

Merkliste zur Vorbereitung auf die Prüfung von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung

A Vorbereitung in den Jobcentern

1. allgem. Informationen über den Träger und die Art der Maßnahme
 - Träger, Rechtsform, Ansprechpartner etc.
 - Maßnahmebeschreibung/Maßnahme-/Arbeitsinhalte
 - Förderungsdauer, Maßnahmebeginn und –ende
 - erweiterte Maßnahmeangebote (z.B. Qualifizierung)?
 - Bescheid mit Auflagen und Bedingungen?
 - Liegen Beschwerden/ Eingaben/ Presseberichterstattungen vor?
 - Sind bereits Prüfungen z.B. Interne Revision, BRH erfolgt?
2. Maßnahme mit Einsatzstellen?
 - Organisation, Ort, Ansprechpartner, auszuführende Arbeiten?
3. Weitere Maßnahmen beim gleichen Träger/ Einsatzstelle?
 - Welche? Überschneidungen der Arbeiten und des Einsatzes der AGH-Kräfte möglich?
4. Festlegung des Prüfungsumfanges
 - Auswahl der zu prüfenden Bereiche u. Fragen (z.B. Anlehnung an UFA Checklisten)
 - Festlegen der zu ziehenden Stichproben (z.B. Abrechnungsunterlagen
Maßnahmekostenpauschale)
5. Informationen zu den AGH Teilnehmern
 - Tätigkeitsbeschreibungen/zu verrichtende Arbeiten
 - Vorgesehener Arbeits- bzw. Einsatzort
6. AGH Beschäftigten-Übersicht
 - Stand der Zuweisungen (Soll/Ist)
 - Ausscheiden/Abberufungen/Ersatzzuweisungen
 - Sind Besonderheiten bekannt?
 - Zuweisungsverlängerungen
7. Finanzierung der Maßnahme
 - Auszahlung der Mehraufwandsentschädigung durch Träger?
 - Finanzprüfungssystem u. Qualitätssicherungssystem
 - Angaben zur Finanzierung der Maßnahme, einschließlich, Einnahmen, Spenden o.ä.

B Prüfung der Durchführung der AGH

Befragung der Träger- bzw. Einsatzstellenvertreter **und** der AGH-Teilnehmer (z.B. AGH 12) sowie Kontrollen am Arbeitsplatz

1. Wie wird die Anwesenheitskontrolle durchgeführt?
Wie und durch wen erfolgt Meldung von Krank- und Ausfallzeiten z.B. durch Aufsichtskraft, Kolonnenführer o.ä.?
2. Wer wird wo mit welchen Tätigkeiten beschäftigt (Kontrolle der Arbeitsorte)? Hat der Träger den Überblick über die Einsatzorte/ Einsatzstellen?
3. Werden Beschäftigungs-/Tätigkeitsnachweise geführt (z.B. Art der Tätigkeit, Zeitaufwand - von bis, Einsatzort usw.)?
4. Tatsächliche Aufgabenausführung - Prüfung vor Ort
 - Entsprechen die durchgeführten Arbeiten den als förderungsfähig anerkannten?
 - Welchem Bereich sind die Arbeitnehmer zugeordnet? (insbes. Pflegebereich/ Sozialdienst)
 - Lassen sich die Pflichtaufgaben von den zusätzlichen Arbeiten trennen?
 - Erledigen die AGH-Teilnehmer auch Pflichtaufgaben des Trägers?
 - Sind die Arbeiten hinreichend konkretisiert?
5. Tätigkeiten in der Maßnahme
Entsprechen die in den Stellenbeschreibungen genannten Tätigkeiten den tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten in der Maßnahme ?
6. Wird die Qualifizierung/ das Praktikum/ entsprechend den eingereichten Plänen durchgeführt (wo, durch wen, Inhalte)?
7. Werden die weiteren Maßnahmebestandteile (z.B. sozialpädagogische Betreuung, Angebote Gesundheitsorientierung) entsprechend den Angaben im Antrag durchgeführt?
8. Stand der Beschäftigung (lt. Träger)
AGH-Plätze unbesetzt? Ggf. Gründe (Vergleich mit Feststellungen in AA/ARGE)
Ist die Anzahl der AGH-Teilnehmer zur Erreichung des Maßnahmeziels erforderlich?
9. Entspricht der Stand der Arbeiten dem bisherigen Zeitablauf?
10. Ist die Restlaufzeit erforderlich?
11. Ist die personelle, sachlich/technische u. räumliche Ausstattung entsprechend den Antragsunterlagen vorhanden?
12. Ist die personelle, sachlich/technische u. räumliche Ausstattung ausreichend?

C Prüfung von Unterlagen und Belegen beim Träger (i.d.R. Prüfung durch das Arbeitgeber/Träger / B-Team)

1. Einhaltung sozial-, arbeits- und steuerrechtlicher Vorschriften (z.B. Anmeldung Unfall- u. Haftpflichtversicherung)?
2. Abgerechnete Mehraufwandsentschädigung im Vergleich mit Anwesenheitslisten
3. Auswertung Finanzprüfungsunterlagen u. Qualitätssicherungsunterlagen
Finanzierungsangaben zutreffend?
4. Prüfung Aufwendung für Maßnahmekostenpauschale
 - Ausschreibungsunterlagen
 - Beschaffungslisten
 - Verwendungsnachweise
 - Bestandsprüfungen von Maschinen und Gerät
5. Längerfristige Sicherstellung Maßnahmeergebnis gesichert?
6. Feststellung tatsächlicher Beginn und Ende der Maßnahme?



AGH-Nr.: _____

PRÜFUNGSNIEDERSCHRIFT

Erstprüfung Wiederholungsprüfung

Prüfungstag _____ Prüfer _____

1. Allgemeines

1.1 Träger der Maßnahme: _____

1.2 Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____

1.3 Gesprächspartner beim _____ Träger _____ Einsatzstelle _____

Herr/Frau _____

Herr/Frau _____

2. Ausführung und Stand der Arbeiten

2.1 Die Maßnahme/Arbeiten wurde(n) am _____
 beim o.g. Träger Einsatzstelle in _____ begonnen.

ja nein

2.2 Wird die Maßnahme entsprechend den dem Anerkennungsbescheid/Ergänzungsbescheid zugrunde liegenden Unterlagen durchgeführt?

Wenn nein, welche Abweichungen/Änderungen sind eingetreten oder noch vorgesehen?

2.3 Werden die Beschäftigungs-/Tagesnachweise ordnungsgemäß geführt?

Wenn nein, welche Abweichungen/Änderungen sind eingetreten?

2.4 Die Restlaufzeit/Anzahl der AGH- Teilnehmer ist für die mit Anerkennungs-/Ergänzungsbescheid bewilligten Arbeiten

als angemessen anzusehen.

nicht erforderlich. Kürzung: _____

nicht ausreichend. Eine Verlängerung ist geplant bis _____

Begründung für Kürzung/Verlängerung/Erhöhung:

3. Beschäftigung von Teilnehmern

3.1 In der Maßnahme soll(en) _____ zugewiesene(r) Teilnehmer beschäftigt werden.

3.2 Am Tage der Prüfung war(en) _____ Teilnehmer zugewiesen; davon war(en) _____ Teilnehmer anwesend, _____ in Urlaub, _____ krank und _____ Teilnehmer fehlte(n) entschuldigt, _____ fehlte(n) unentschuldigt.

3.3 Nachstehend aufgeführte zugewiesene Teilnehmer waren außerhalb der AGH MAE beschäftigt bzw. wurden nicht bei der Maßnahme angetroffen (ohne Teilnehmer, die krank oder in Urlaub waren bzw. die entschuldigt fehlten).

Name, Vorname	vom	bis	Nähere Bezeichnung der Arbeitsstelle und der Beschäftigung bzw. Gründe für die Abwesenheit
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

	ja	nein
3.4 Werden die Teilnehmer ausschließlich im Rahmen der genehmigten Arbeiten eingesetzt? Wenn nein , bitte Art der Arbeiten, Umfang und Gründe erläutern. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Sind die Teilnehmer entsprechend der Stellenbeschreibung beschäftigt? Wenn nein , bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Sind die AGH MAE-Tätigkeiten (zusätzliche Arbeiten) eindeutig von den Pflichtaufgaben des Trägers abgrenzbar? Wenn nein , bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Werden die Arbeiten am genehmigten Maßnahmeort ausgeführt? Wenn nein , aus welchem Grund werden Arbeiten an einem anderen Maßnahmeort durchgeführt? In welchem Umfang werden diese Arbeiten mit wie vielen Teilnehmern ausgeführt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Werden die Teilnehmer entsprechend den sonstigen Auflagen und Bedingungen beschäftigt? Wenn nein , bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 Werden Praktikum und Qualifizierung entsprechend dem Praktikums-/Qualifizierungsplan durchgeführt? Wenn nein , bitte näher erläutern _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 Werden die weiteren Maßnahmebestandteile (z.B. sozialpädagogische Betreuung, Angebote Gesundheitsorientierung) durchgeführt? Wenn nein , bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	unzutreffend
	<input type="checkbox"/>	unzutreffend
4. Vermittlung und Beratung		
4.1 Werden die Vermittlungsbemühungen der Teilnehmer unterstützt (z.B. Bewerbungstraining, Begleitung bei Vorstellungsgesprächen, Empfehlungen bei Arbeitgeber)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Ist eine Beratung der zugewiesenen Arbeitnehmer erfolgt? Wenn ja , mit folgendem Inhalt/Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Ist eine weitere Zuweisung von Teilnehmern erforderlich? Wenn ja , bitte Anzahl, Zielgruppe, Qualifikation, Zeitpunkt angeben. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sonstige Feststellungen/ Trägereignung		
5.1 Ergaben sich sonstige Feststellungen (z.B. Hinweise auf Beeinträchtigung der Wirtschaft, Trägereignung, vorzeitiges Ausscheiden, Übernahme in ein Dauerarbeitsverhältnis, Erkenntnisse, die sich aus den Fragestellungen der Prüfungsliste AGH MAE ergeben)? Wenn ja , bitte näher erläutern. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Der Träger wurde über evtl. Missstände unterrichtet und zu einer ordnungsgemäßen Durchführung der Maßnahme angehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. _____, den _____, _____
 (Ort) (Datum) Unterschrift(en) des Prüfers/der Prüferin

Verfügung:

1. Es ist folgendes zu veranlassen: _____

2. Es ist nichts zu veranlassen
3. WV. am: _____ wegen: _____
am: _____ wegen: _____
am: _____ wegen: _____
4. Zur Maßnahmeakte

Datum	Hdz.

Im Auftrag

_____, den _____, _____
Ort Datum (Unterschrift des Anordnungs-/Entscheidungsbefugten)