



Kurzfragebogen
für eine von einer fachkundigen Stelle zugelassenen
Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen
Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III

Eingang:

Anlässlich der Vorlage des Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheins mit der

Gutschein-Nr.: _____ - _____
BG-Nr. Ifd.Nr.

Name _____ Vorname _____

bitte ich um Mitteilung der Maßnahmenummer.

Es handelt sich um eine von einer anerkannten fachkundigen Stelle (FKS) für die Förderung nach dem Recht der Arbeitsförderung zugelassene Maßnahme. Die in diesem Fragebogen genannten Bedingungen stimmen mit dem der Zulassung zugrunde liegenden Bedingungen überein.

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 _____

Telefon/Telefax _____

Internetadresse _____

Betriebs-Nr. _____

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner

Name _____

Telefon _____

E-Mail _____

2. Maßnahmeort

entspricht Betriebssitz des Maßnahmeträgers

Straße, Nummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon/Telefax _____

3. Maßnahmeziel

§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB III: Heranführung an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt und Feststellung, Verringerung oder Beseitigung von Vermittlungshemmnissen oder

§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB III: Heranführung an eine selbständige Tätigkeit oder

§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB III: Stabilisierung einer Beschäftigungsaufnahme oder

Maßnahmekombination:

§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB III: Heranführung an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt und Feststellung, Verringerung oder Beseitigung von Vermittlungshemmnissen und

§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB III: Vermittlung in eine versicherungspflichtige Beschäftigung und

§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB III: Heranführung an eine selbständige Tätigkeit und

§ 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 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 Teilnehmerin/Teilnehmer in Euro _____

9. Zahlungsbedingungen

Geldinstitut _____

BLZ _____

BIC _____

Konto-Nr. _____

IBAN _____

Hinweise:

- Die interne Maßeerfassung des Jobcenter Ingolstadts erfolgt nur, wenn Ihnen ein einlösbarer Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein für diese Maßnahme vorliegt.
- Der Fragebogen ist vollständig auszufüllen und an das Jobcenter 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 das Maßnahmekonzept beizufügen.
- Das zuständige Jobcenter prüft die eingereichten Unterlagen und teilt Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen die Maßnahmenummer mit.

(Ort, Datum)

Stempel des Maßnahmeträgers
Unterschrift der/des Bevollmächtigten



Verfügung

1. Maßnahmedaten in Prosoz erfassen (Status AE), Maßnahme-Nr.

- -

_____ Hdz./Datum

2. Mitteilung der Maßnahmennummer an Träger

_____ Hdz./Datum

3. _____

_____ Hdz./Datum

4. z.d.A.

_____ Hdz./Datum

Datum und Unterschrift