

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/1087**

Bundesagentur für Arbeit

Regionaldirektion Nord
Projensdorfer Str. 82
24106 Kiel

An den Sozialausschuss
des Schleswig-Holsteinischen Landtages
- Geschäftsführung -

Per E-Mail

Betreff: Anfrage Sozialausschuss des Landtages zu Einsatz und Abrechnung von
Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung
Von: "Sonneborn Melanie" <Melanie.Sonneborn@arbeitsagentur.de>
Datum: Tue, 20 Jul 2010 12:42:35 +0200

Sehr geehrte Frau Tschanter,

bezüglich Ihrer Bitte um Stellungnahme für den Sozialausschuss habe ich Ihnen einige grundsätzliche Informationen zur Thematik Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE) zusammengestellt.

Öffentlich geförderte Beschäftigung nach dem SGB II (AGH MAE) ist unter Berücksichtigung des § 3 Abs. 1 Satz 3 SGB II immer nachrangig gegenüber Vermittlung in Arbeit oder Ausbildung, Qualifizierung und anderen Eingliederungsinstrumenten („ultima ratio“).

Die vorrangige Zielsetzung von AGH MAE ist die (Wieder-) Heranführung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (eHb) an den allgemeinen Arbeitsmarkt. Sie dient dazu, die „soziale“ Integration zu fördern als auch die Beschäftigungsfähigkeit aufrecht zu erhalten bzw. wiederherzustellen und soll damit die Chance zur Integration in den regulären Arbeitsmarkt erhöhen.

Darüber hinaus vermittelt die AGH Erkenntnisse über Eignungs- und Interessenschwerpunkte einschließlich Qualifikationen sowie Motivation und Arbeitsbereitschaft und liefert somit wichtige Hinweise für die Integrationsarbeit. Die im Rahmen einer AGH MAE ausgeführten – häufig niederschweligen – Arbeiten müssen im öffentlichen Interesse liegen und zusätzlich sein.

Arbeiten im Rahmen einer AGH MAE liegen im öffentlichen Interesse, wenn das Arbeitsergebnis der Allgemeinheit dient. Arbeiten, deren Ergebnis überwiegend erwerbswirtschaftlichen Interessen oder den Interessen eines begrenzten Personenkreises dient, liegen nicht im öffentlichen Interesse.

Die im Rahmen von AGH MAE ausgeführten Arbeiten sind zusätzlich, wenn sie ohne die Förderung nicht, nicht in diesem Umfang oder erst zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden würden.

Der Träger einer AGH MAE hat zu den o.g. Punkten detaillierte Angaben bei der Antragstellung im entsprechenden und bundesweit einheitlichen Antragsvordruck zu machen.

Diese Angaben werden im Zuge des Genehmigungsverfahrens durch die ARGE n auf der Grundlage bundesweit einheitlicher Vordrucke zur fachlichen Stellungnahme geprüft.

Vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung wurden die Vordrucke im Bereich AGH-Antragstellung/-bewilligung zum Jahresbeginn 2010 komplett überarbeitet und werden konsequent genutzt.

Die Abrechnung mit dem Träger der AGH MAE erfolgt über eine Kostenpauschale. Eine Förderung des Maßnahmeträgers ist gesetzlich nicht geregelt. Gemäß § 14 S. 3 SGB II erbringen die Träger der Grundsicherung unter Berücksichtigung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit alle im Einzelfall erforderlichen Leistungen.

Die Entscheidung der ARGE über die Gewährung einer Maßnahmekostenpauschale und ggf. ihre Höhe und Dauer hat nach dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit differenziert und einzelfallspezifisch bezogen auf das jeweilige AGH MAE Konzept nachvollziehbar zu erfolgen. Mit der Maßnahmekostenpauschale werden Mittel für die unmittelbare Maßnahmedurchführung bereitgestellt (z.B. Personal- und Verwaltungskosten, Unfall- und Haftpflichtversicherung, Betreuung, Qualifizierung, Arbeitskleidung, Sachkosten, sonstiger Aufwand).

Zur Berechnung der Pauschale liegt ebenfalls ein zentraler Vordruck vor – ein sog. Finanzierungsnachweis - mittels dessen der Träger seine Gesamtkosten aufzeigt und die Finanzierung darstellt.

Die hier genannten Vordrucke entnehmen Sie bitte der Anlage.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

Melanie Sonneborn

Zusammenarbeit mit der Landespolitik
Beraterin für Schleswig-Holstein
Telefon: 0431 3395 - 5013
Fax: 0431 3395 - 4109102
Mobil: 0160 / 742 75 44
E-Mail: Nord.ZLP@arbeitsagentur.de
Bundesagentur für Arbeit
Regionaldirektion Nord
Projensdorfer Str. 82
24106 Kiel

AGH
Mehraufwandsentschädigung
AGH Nr.: _____



Bundesagentur für Arbeit
Regionaldirektion Nord

Hamburg • Mecklenburg-Vorpommern • Schleswig-Holstein

Eingangsvermerk der Agentur für Arbeit/
Grundsicherungsstelle

Regionaldirektion Nord
Projensdorfer Str. 82
24106 Kiel

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 ausreichend 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

ja nein

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

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

ja nein

↓
Wenn nein, die Arbeiten werden in folgenden Ersatzstellen (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:

ja nein

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

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 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 beigelegt 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 (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 Grundversicherung 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 und _____ 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 <u>eine</u> Maßnahmekostenpauschale beantragt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2.1	Wenn ja, bitte näher erläutern und Vordruck AGH 3c beifügen: _____ _____		
6.3	Werden durch die Maßnahme Einnahmen erzielt?	ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Kostenpauschale für Maßnahmeträger (Maßnahmekostenpauschale)		
8.1	Ich/Wir beantragen eine Maßnahmekostenpauschale als Zuschuss für		
	<input type="checkbox"/> Personal – und Verwaltungskosten <input type="checkbox"/> Unfall – und Haftpflichtversicherung <input type="checkbox"/> Qualifizierungskosten zugewiesener Teilnehmer <input type="checkbox"/> sozialpädagogische Betreuung <input type="checkbox"/> gesundheitsorientierte Betreuung <input type="checkbox"/> Sachkosten (z.B. Arbeitskleidung) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
8.2.1	Wenn ja, bitte Begründung: _____ _____		
9 Eignung des Maßnahmeträgers			
9.1	Angaben zur Trägereignung (Vordruck AGH 3d) sind beigefügt.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
9.2	Ist ein Personal-/Betriebsrat vorhanden?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
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 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 bei 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 Prüfzwecke 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.

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)



Angaben zur Maßnahme

Anlage zu Nr. 2 des Antrages auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung

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 ankreuzen

Gesundheit und Pflege

Erziehung und Bildung

Kinderbetreuung und Jugendliche

Wissenschaft und Forschung

Beratungsdienste

Kunst und Kultur

Umweltschutz und Landschaftspflege

Sport

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

3 Jahre

5 Jahre

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



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"/> ↓ 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-Nr.: _____

(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		IV Finanzierung	
		Kosten/Einzelpositionen		Angabe des Trägers in vollen Euro		Angabe des Trägers in vollen Euro	
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)



Eignung des Maßnahmeträgers

Anlage zu Nr. 9 des Antrages auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit

Zutreffendes bitte ankreuzen

Träger der Maßnahme: _____

Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____

1. Trägerform

1.1. Rechtsform des Trägers:

- öffentlich- rechtlicher Träger gemeinnütziger Träger privatwirtschaftlicher Träger

1.2 Trägerart

- Gemeinde/ Stadt Verein/ private Initiative Einzelunternehmen
 Landkreis/ Regierungsbezirk/ Land gemeinnütziges Unternehmen/ gemeinnützige Genossenschaft Personalgesellschaft
 Bundesbehörde sonstiger Träger des privaten Rechts Kapitalgesellschaft
 Kirche/ kirchliche Einrichtung sonstiges privatwirtschaftliches Unternehmen
 sonst. Träger des öffentlichen Rechts nicht gemeinnütziger Verein

2. Organe

2.1 Welche rechtlichen Organe bestehen? _____

2.2 Wer sind die Vertreter? _____

3. Finanzprüfung

ja nein

3.1 Erfolgt eine Finanzprüfung (z.B. Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberater, Kassenwart)? ja nein

↓
Wenn ja, durch wen? _____

3.2 Liegt darüber hinaus ggf. ein Prüfsiegel (z.B. Spendenprüfsiegel) vor?

- ja
 nein

4. Qualitätsmanagement

ja nein

4.1 Wird ein zertifiziertes QM-System angewandt (z.B. Zertifikate, ISO Norm, DIN Norm)? ja nein

↓
Wenn ja, welches (Bitte genaue Angabe)?

4.2 Wenn nein, wie wird die Qualität der Arbeiten sichergestellt?

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-/ Prüfcertifikate |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

8.	Qualifizierung/ Praktikum	ja	nein
8.1	Die Maßnahme wird mit einem Qualifizierungs-/ Praktikumsteil durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Der Qualifizierungs-/Praktikumsanteil überschreitet die in § 46 SGB III gesetzlich geregelte zeitliche Begrenzung nicht.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
↓			
Wenn ja, Trägergespräch erforderlich (Bewilligung noch nicht möglich).			
8.3	Nach der (Grob-) Planung sind die vorgesehenen Inhalte der Qualifizierung/ des Praktikums arbeitsmarktlich zweckmäßig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
↓			
Wenn nein, Konzeption ist mit dem Träger zu überarbeiten			
8.4	Genauer Qualifizierungs-/Praktikumsplan		
	<input type="checkbox"/> liegt bei	ja	nein
	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht bis: _____ Frist in Bescheid aufnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis: Umfang und arbeitsmarktrechtliche Zweckmäßigkeit ist nach Vorlage zu prüfen.			
9.	Sozialpädagogische Betreuung	ja	nein
9.1	In der Maßnahme ist eine sozialpädagogische Betreuung vorgesehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Nach der (Grob-) Planung sind die vorgesehenen Inhalte der sozialpädagogischen Betreuung arbeitsmarktlich zweckmäßig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
↓			
Wenn nein, Konzeption ist mit dem Träger zu überarbeiten			
9.3	Genauer Betreuungsplan		
	<input type="checkbox"/> liegt bei	ja	nein
	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht bis: _____ Frist in Bescheid aufnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis: Inhalt, Art und Umfang ist nach Vorlage zu prüfen.			
10.	Gesundheitsorientierung	ja	nein
10.1	In der Maßnahme sind gesundheitsorientierte Angebote vorgesehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	Genauere Angaben zur Gesundheitsorientierung		
	<input type="checkbox"/> liegen vor	ja	nein
	<input type="checkbox"/> werden nachgereicht bis: _____ Frist in Bescheid aufnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis: Inhalt, Art und Umfang ist nach Vorlage zu prüfen.			
11.	Weitere Maßnahmeelemente	ja	nein
11.1	Der Träger der Maßnahme bietet weitere Maßnahmeelemente an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2	Arbeitsmarktliche Zweckmäßigkeit ist gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Qualifikation des eingesetzten Personals	ja	nein
	Die Eignung des eingesetzten Personals ist gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↓			
Wenn nein, Trägergespräch erforderlich (Bewilligung noch nicht möglich).			
13.	Unterschrift:		
	_____, den _____		
	Ort	Datum	Integrationsfachkraft



Planungsniederschrift zur Durchführung

von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE)

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen

<p>Besprechung am: _____</p> <p>Gesprächsteilnehmer beim Träger</p> <p>Herr / Frau _____</p> <p>Herr / Frau _____</p> <p>Herr / Frau _____</p>	<p>Ort: _____</p> <p>Gesprächsteilnehmer beim Träger der Grundsicherungsstelle</p> <p>Herr / Frau _____ Org.Einh.</p> <p>Herr / Frau _____ Org.Einh.</p> <p>Herr / Frau _____ Org.Einh.</p>										
<p>1. Angaben zum Träger</p> <p>Mit dem Träger: _____</p> <p>wurde die Durchführung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE) unter Berücksichtigung der arbeitsmarktlichen Erfordernisse erörtert und er wurde über die Fördervoraussetzungen unterrichtet.</p> <p>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.</p> <p>1.1 Der Träger ist ein <input type="checkbox"/> öffentlich-rechtlicher Träger. <input type="checkbox"/> gemeinnütziger Träger. <input type="checkbox"/> privatwirtschaftlicher Träger.</p>	<p>2. Angaben zur Maßnahme</p> <p>2.1 Ziel und Zweck der Maßnahme (stichwortartige Ausführungen): _____</p> <p>2.2 Der Träger wurde ausführlich auf die Notwendigkeit des öffentlichen Interesses der Arbeiten hingewiesen. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Hinweis: Die Gemeinnützigkeit eines Maßnahmeträgers allein ist nicht hinreichend für die Annahme, dass die durchzuführenden Arbeiten im öffentlichen Interesse liegen.</p> <p>Die Arbeiten werden folgendem Maßnahmefeld zugeordnet:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gesundheit und Pflege</td> <td><input type="checkbox"/> Erziehung und Bildung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kinderbetreuung und Jugendliche</td> <td><input type="checkbox"/> Wissenschaft und Forschung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beratungsdienste</td> <td><input type="checkbox"/> Kunst und Kultur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Umweltschutz und Landschaftspflege</td> <td><input type="checkbox"/> Sport</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infrastrukturverbesserung</td> <td></td> </tr> </table> <p>2.3 Folgende Arbeiten sollen voraussichtlich durchgeführt werden bzw. kommen in Betracht (stichwortartige Ausführungen der auszuführenden Arbeiten): _____</p> <p>Wo sollen die Arbeiten durchgeführt werden? <input type="checkbox"/> Betriebsstätte des Trägers <input type="checkbox"/> Einsatzstelle Ort _____</p> <p>Hinweis: Werden die Arbeiten ganz oder teilweise in Einsatzstellen außerhalb der Betriebstätten des Maßnahmeträgers durchgeführt, ist ein gemeinsamer Förderantrag mit der Einsatzstelle erforderlich.</p> <p>2.4 Der Träger wurde ausführlich auf die Notwendigkeit der Zusätzlichkeit der Arbeiten hingewiesen. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Es handelt sich um Arbeiten, die <input type="checkbox"/> erstmalig durchgeführt werden. <input type="checkbox"/> bereits einmal/wiederholt durchgeführt wurden (ABM Nr.: _____ AGH Nr.: _____).</p>	<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	
<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											

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"/>
	<p>↓</p> <p>Wenn ja, wer? _____</p>		
6.3	Werden voraussichtlich Einnahmen in der Maßnahme erzielt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<p>↓</p> <p>Wenn ja, wodurch? _____</p>		
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>		