

Bezeichnung und Anschrift des Auftragnehmers	betrifft Vergabentr.: betrifft Maßnahmenr. Maßnahmebezeichnung: _____
Name und Anschrift des Arbeitgebers	Ansprechpartner und Tel. (für Rückfragen):

Beschäftigungsbestätigung (nach sechswöchiger Dauer der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung)	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige/Wir bestätigen hiermit, dass ich/wir mit <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herrn _____	
geb. am _____	
wohnhaft in _____	
<input type="checkbox"/> ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis eingegangen bin/sind. <input type="checkbox"/> ein Ausbildungsverhältnis nach dem BBiG bzw. der HwO eingegangen bin/sind.	
<input type="checkbox"/> Die Arbeitszeit beträgt mindestens 15 Stunden wöchentlich.	
<input type="checkbox"/> Der Arbeits-/Ausbildungsvertrag wurde am _____ <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/> für die Zeit vom _____ bis _____ geschlossen und ist in Kopie beigefügt.	
<input type="checkbox"/> Das Beschäftigungs-/Ausbildungsverhältnis <input type="checkbox"/> besteht ununterbrochen seit _____ <input type="checkbox"/> bestand ununterbrochen vom _____ bis _____	
Beschäftigungsbestätigung (nach dreimonatiger Dauer der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung)	
<input type="checkbox"/> Das Beschäftigungs-/Ausbildungsverhältnis mit <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herrn _____ <input type="checkbox"/> besteht ununterbrochen seit _____ <input type="checkbox"/> bestand ununterbrochen vom _____ bis _____	

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

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

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des Auftragnehmers

Verweigert der Arbeitgeber die schriftliche Beschäftigungsbestätigung, sind die Aufnahme der Beschäftigung und die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses durch den Teilnehmer zu bestätigen.

Antrag auf Auszahlung des Eingliederungshonorars

Angaben zum Auftragnehmer	
Name	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

Angaben zur Maßnahme	
Kurzbezeichnung der Maßnahme	Maßnahmenummer
	Dauer der Maßnahme vom <u> </u> bis <u> </u>

Angaben zum Teilnehmer	
Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

Angaben zum Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb	
Name	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	

Ich bitte um Auszahlung

- der 1. Rate des Eingliederungshonorars (nach sechswöchiger Beschäftigung)
 - Die Beschäftigungsbestätigung des Arbeitgebers/Ausbildungsbetriebes und die schriftliche Einverständniserklärung des Teilnehmers sind beigefügt.
 - Der Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb verweigert die Beschäftigungsbestätigung. Die Erklärung des Teilnehmers ist beigefügt.

- der 2. Rate des Eingliederungshonorars (nach dreimonatiger Beschäftigung)
 - Die Beschäftigungsbestätigung des Arbeitgebers/Ausbildungsbetriebes und die schriftliche Einverständniserklärung des Teilnehmers sind beigefügt.
 - Der Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb verweigert die Beschäftigungsbestätigung. Die Erklärung des Teilnehmers ist beigefügt.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des Auftragnehmers