

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

Angaben zur Maßnahme	
Bezeichnung der Maßnahme	Vergabenummer
	Zeitraum der Maßnahme vom _____ bis _____

### Antrag auf Auszahlung des Eingliederungshonorars

Der Antrag und die schriftliche Beschäftigungsbestätigung sind innerhalb von vier Monaten nach Beginn des Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnisses durch den Träger/Auftragnehmer einzureichen.

Angaben zur Teilnehmerin/zum Teilnehmer	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Tatsächlicher Zuweisungszeitraum vom _____ bis _____	

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

Ich bitte um Auszahlung	
<input type="checkbox"/>	<b>der 1. Rate</b> des Eingliederungshonorars in Höhe von 500,00 EUR (nach sechswöchiger Beschäftigung) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Die Beschäftigungsbestätigung des Arbeitgebers/Ausbildungsbetriebes und die schriftliche Einverständniserklärung der Teilnehmerin/des Teilnehmers sind beigefügt.</li> <li><input type="checkbox"/> Der Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb verweigert die Beschäftigungsbestätigung. Die Erklärung der Teilnehmerin/des Teilnehmers ist beigefügt.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	<b>der 2. und abschließenden Rate</b> des Eingliederungshonorars in Höhe von 500,00 EUR (nach dreimonatiger Beschäftigung) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Die Beschäftigungsbestätigung des Arbeitgebers/Ausbildungsbetriebes und die schriftliche Einverständniserklärung der Teilnehmerin/des Teilnehmers sind beigefügt.</li> <li><input type="checkbox"/> Der Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb verweigert die Beschäftigungsbestätigung. Die Erklärung der Teilnehmerin/des Teilnehmers ist beigefügt.</li> </ul>
Datum, Stempel und Unterschrift des Trägers/Auftragnehmers	

Name und Anschrift des Trägers/Auftragnehmers	Bezeichnung der Maßnahme  Vergabenummer  Ansprechpartner/-in und Tel. (für Rückfragen)
Name und Anschrift des Arbeitgebers/Ausbildungsbetriebes	Ansprechpartner/-in und Tel. (für Rückfragen)

<b>Beschäftigungsbestätigung</b> (nach sechswöchiger Dauer der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung)	
<input type="checkbox"/> Hiermit wird bestätigt, dass mit Frau/Herrn _____, geb. am _____, wohnhaft in _____ <input type="checkbox"/> ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis eingegangen wurde. <input type="checkbox"/> ein Ausbildungsverhältnis nach dem BBiG bzw. der HwO eingegangen wurde.	
<input type="checkbox"/> Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt mindestens 15 Stunden.	
<input type="checkbox"/> Der Arbeits-/Ausbildungsvertrag wurde am _____ <input type="checkbox"/> auf Dauer geschlossen. <input type="checkbox"/> für die Zeit vom _____ bis _____ geschlossen.	
<input type="checkbox"/> Der Arbeits-/Ausbildungsvertrag ist in Kopie beigefügt.	

<b>Beschäftigungsbestätigung</b> (nach dreimonatiger Dauer der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung)	
<input type="checkbox"/> Hiermit wird bestätigt, dass das am _____ mit Frau/Herrn _____, geb. am _____, wohnhaft in _____ geschlossene Beschäftigungs-/Ausbildungsverhältnis <input type="checkbox"/> ununterbrochen seit dem _____ besteht. <input type="checkbox"/> ununterbrochen vom _____ bis _____ bestand.	

Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers	Datum und Unterschrift des Trägers/Auftragnehmers
--	---

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

Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin (zusätzlich bei minderjährigen Teilnehmern/Teilnehmerinnen)
---	---