



Negativerklärung f. d. Vermittlung i. d. Förderprogramm „Vorhaben zur Alphabetisierung und Grundbildung gering literalisierter Erwachsener“

Europäischer Sozialfonds Plus (ESF-Plus) im Freistaat
Sachsen Förderperiode 2021-2027

<table border="1"> <tr><td>Name</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Vorname</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Straße, Hausnummer</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>PLZ Ort</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Bildungsträger</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Name		Vorname		Straße, Hausnummer		PLZ Ort		Bildungsträger		<table border="1"> <tr><td>Antragsnummer</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td colspan="2">beantragte Laufzeit des Vorhabens</td></tr> <tr> <td>von (TT.MM.JJJJ)</td> <td>bis (TT.MM.JJJJ)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr><td>Vorhabentitel</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Antragsnummer		beantragte Laufzeit des Vorhabens		von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)			Vorhabentitel	
Name																					
Vorname																					
Straße, Hausnummer																					
PLZ Ort																					
Bildungsträger																					
Antragsnummer																					
beantragte Laufzeit des Vorhabens																					
von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)																				
Vorhabentitel																					

1. Erklärung

- a) Hiermit wird bestätigt, dass der o. g. Teilnehmende (Zutreffendes bitte ankreuzen)
- ☐ **arbeitslos i. S. v. § 16 SGB III ist**
 - ☐ **langzeitarbeitslos i. S. v. § 18 SGB III ist**
 - und / oder
 - ☐ **Leistungsempfänger i. S. v. § 19 ff SGB II ist**
 - ☐ **kein Leistungsempfänger im o. g. Sinne ist**
- b) Hiermit wird bestätigt, dass der o. g. Teilnehmende für das Vorhaben nicht zum Erwerb von Grundkompetenzen durch Übernahme der Weiterbildungskosten nach § 81 Absatz 3a SGB III gefördert werden kann.
- c) Hiermit wird erklärt, dass für den o. g. Teilnehmenden auch eine andere, gleichartige Qualifizierung nach dem SGB II oder dem SGB III nicht gewährt wird. Damit wird die Nachrangigkeit dieses geplanten ESF Plus-geförderten Bildungsvorhabens gegenüber den Fördermöglichkeiten des SGB II und SGB III festgestellt.

2. Unterschrift

<table border="1"> <tr><td>Agentur für Arbeit Jobcenter</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Ort</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Datum (TT.MM.JJJJ)</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Agentur für Arbeit Jobcenter		Ort		Datum (TT.MM.JJJJ)		<table border="1"> <tr><td>Ansprechpartner (Druckschrift)</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Unterschrift Stempel</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Ansprechpartner (Druckschrift)		Unterschrift Stempel	
Agentur für Arbeit Jobcenter											
Ort											
Datum (TT.MM.JJJJ)											
Ansprechpartner (Druckschrift)											
Unterschrift Stempel											