Mit Klick auf die grünen Schaltflächen „Zwischenspeichern“ oder „Prüfen und Speichern“ im Formular können Sie Ihre Eingaben speichern, um sie später weiter zu bearbeiten.

! VERTRAULICH !

SAB

# Nachweis teilnehmerbezogene Aufwandspauschale nach Nr. 2.3 der Richtlinie (§16 e SGB II (n.F.) / ehem. FAV plus)

Richtlinie Sozialer Arbeitsmarkt
SMWA

**Name, Vorname Teilnehmer/in**

**Antragsnummer**

**Maßnahmezeitraum** (TT/MM/JJJJ - TT/MM/JJJJ)

**Hinweis:** Der Vordruck ist für jeden Teilnehmer der Maßnahme auszufüllen und unterzeichnet durch den Arbeitgeber/das Unternehmen beim zuständigen Jobcenter einzureichen.

| lfd. Nr. | Kalenderwoche (KW/JJJJ) | Anwesenheit von …bis… (TT/MM) - (TT/MM) | Wochenarbeitszeit (in h) | Pauschale bis zu 350€ 30 h/Woche | Pauschale bis zu 235€ 20h/Woche | Pauschale bis zu 120€ 10 h/Woche |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |
| 26 | | | | | | |
| 27 | | | | | | |
| **Summe Aufwandspauschale nach Nr. 2.3 der Richtlinie** | | | | | | |

**Ort**

Unterschrift
**Arbeitgeber/ Unternehmen** (Bestätigung o. g. Angaben)

**Datum** (TT.MM.JJJJ)

**Jobcenter** (Vorlage des Vordrucks und Plausibilität)

Prüfen und Speichern

Löschen



Formular ID: Prüfsumme:

Drucken