

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

<b>Beschäftigungsbestätigung (nach sechswöchiger Dauer der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung)</b>	
<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 _____	
<b>Beschäftigungsbestätigung (nach dreimonatiger Dauer der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung)</b>	
<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