**Vordruck F.3.4a**

**2**

|  |
| --- |
| Jobcenter:    *(Bitte tragen Sie hier den vollständigen Namen des Jobcenters ein;*  *z.B. Jobcenter Nürnberg)* |
|
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unterlage für die Auszahlung des Eingliederungshonorars (nach dreimonatiger Dauer des Ausbildungsverhältnisses)** | | |
| **Maßnahmedaten** |  | |
| Auftragnehmer: |  | |
| Maßnahme – Nr.: |  | |
| **Teilnehmerdaten** |  | |
| Name, Vorname: |  | |
| Kunden – Nr.: |  | |
| Tätigkeit: |  | |
| Arbeitgeber: |  | |
| Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer wurde im Rahmen der Maßnahme eingegliedert.  Ich bitte um Auszahlung des Eingliederungshonorars nach einer 3-monatigen Dauer der Ausbildung.  Die Ausbildungsbestätigung ist beigefügt. | |
|  | |

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Hinweis: Entsteht dem Bedarfsträger durch falsche Angaben ein finanzieller Schaden, handelt es sich dabei um eine strafbare Handlung im Sinne des § 263 StGB (Betrug), die zur Anzeige gebracht wird.

|  |
| --- |
| (Datum, Unterschrift des Auftragnehmers) |

**Vom Jobcenter auszufüllen**

**Prüfung der Zahlungsvoraussetzungen für die 1. Rate**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Der Antrag auf Auszahlung der 1. Rate des Eingliederungshonorars wurde fristgerecht gestellt? | ja | nein |  |
| 1. Es handelt sich um eine Berufsausbildung gem. BBiG? | ja | nein |
| 1. Das Beschäftigungsverhältnis verstößt nicht gegen ein Gesetz oder die guten Sitten. | ja | nein |
| 1. Die Aufnahme der versicherungspflichtigen Berufsausbildung erfolgte spätestens einen Monat nach Ende der individuellen Teilnahmedauer des Teilnehmers? | ja | nein |
| 1. Das versicherungspflichtige Ausbildungsverhältnis bestand mindestens drei Monate ununterbrochen? | ja | nein |
| 1. Der Ausbildungsbetrieb hat einen Eingliederungszuschuss beantragt? | ja | nein |
| 1. Die Zahlungsvoraussetzungen für die 1. Rate des Eingliederungshonorars liegen vor und wurden in COSACH dokumentiert? | ja | nein |  |

|  |
| --- |
| (Datum, Unterschrift) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name und Anschrift Arbeitgeber:** | | **Betriebs-Nr.:** | |  |  |
|  | |  | |  |
|  |  | | **Ansprechpartner :** |  |  |
|  |  | | **Telefon-Nr.:** |  |
|  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ausbildungsbestätigung**  **(nach dreimonatiger Dauer des Ausbildungsverhältnisses)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Es wird bestätigt, dass mit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Frau | | | | | Herrn | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | geb. am | | |  | | | | | | | | | wohnhaft | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | ein versicherungspflichtiges Ausbildungsverhältnis eingegangen wurde. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Die Arbeitszeit beträgt mindestens 15 Stunden wöchentlich.  Ja  Nein  Das Beschäftigungsverhältnis verstößt nicht gegen ein Gesetz oder die guten Sitten.  Ja  Nein  Das Entgelt entspricht den gesetzlichen Bestimmungen des Mindestlohngesetzes, weil  das Arbeitsentgelt mindestens der Höhe des aktuell gültigen Mindestlohnes entspricht oder | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | folgender Ausnahmetatbestand vorliegt: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | Der Ausbildungsvertrag wurde am | | | | | | | | | | |  | | . | | |  | | | | | | . |  | | | | |  | | | | |
|  |  | auf Dauer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  |  | für die Zeit vom | | | | | | | |  | | | | | | bis | | | |  | | | | | | | geschlossen. | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | Das Ausbildungsverhältnis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | besteht ununterbrochen seit | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | bestand ununterbrochen vom | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | bis | | |  | | . | | | |
|  |  | In der Zeit vom | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | bis | | |  | | wurde kein Arbeitsentgelt gezahlt. | | | |
|  |  | \* Zeiten ohne Arbeitsentgelt verlängern die Frist von drei Monaten entsprechend | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | Die/Der Arbeitnehmer/in war in den letzten 4 Jahren vor Aufnahme der Beschäftigung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | insgesamt | | | |  | | | Monate versicherungspflichtig im Unternehmen beschäftigt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Für die/den Beschäftigte/n wurde ein Eingliederungszuschuss beantragt  Ja  Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Hinweis:** Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben. Entsteht dem Jobcenter durch falsche Angaben ein finanzieller Schaden, handelt es sich dabei um eine strafbare Handlung im Sinne des § 263 StGB (Betrug), die zur Anzeige gebracht wird. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |
| Ort | | | | | | |  | | Datum | | | | | | | | | |  | | | Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers\*) | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*) Verweigert der Arbeitgeber die schriftliche Beschäftigungsbestätigung, können diese Angaben durch die Arbeitnehmerin/den Arbeitnehmer bestätigt werden.  Die obigen Angaben werden durch die Arbeitnehmerin/den Arbeitnehmer bestätigt: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |
| Ort | | | | | | |  | | Datum | | | | | | | | | |  | | | Unterschrift der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers | | | | | | | | | | | |