

Anlage 5: Deckblatt zur Äquivalenzbescheinigung – Maßnahmen in alternativer Durchführungsform (Gutscheinmaßnahmen)

An den Operativen Service (OS)

oder

An die gemeinsame Einrichtung (gE)

Angaben des Trägers

| | |
|----------------------|--|
| Name: | |
| Rechtsform: | |
| Straße: | |
| PLZ, Ort: | |
| Telefon: | |
| Fax: | |
| E-Mail: | |
| Ansprechpartner/-in: | |

| Zuständige AA / gE | Maßnahmeart (Maßnahme nach §45 oder FbW) | Maßnahmetitel | Zertifikats-Nr. der Maßnahmezulassung | Maßnahmenummer COSACH ¹ | Beginn der alternativen Durchführung |
|---|---|-----------------------------|---|---------------------------------------|--|
| <i>z.B. Agentur für Arbeit Nürnberg</i> | <i>§ 45 SGB III</i> | <i>z.B. Jobcoaching</i> | <i>Ist der Maßnahme- zulassung zu ent- nehmen</i> | <i>z.B. 962/12345/20</i> | <i>z.B.01.04.2020</i> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¹ Pflichtfeld

Hiermit bestätige ich, jegliche Änderungen in Bezug auf die ausgestellte Äquivalenzbescheinigung un-
aufgefordert dem jeweilig zuständigen OS / der jeweilig zuständigen gE mitzuteilen. Auf den aktuell
gültigen Prozess zur Nachreichung von Unterlagen an die fachkundige Stelle binnen acht Wochen wird
Bezug genommen. Sollten Teilnehmende an einer der aufgeführten Maßnahmen nicht in alternativer
Form teilnehmen können, so teile ich diese dem jeweilig zuständigen OS / der jeweilig zuständigen gE
gesondert mit.

Datum

Vor- und Nachname des Erklärenden in Druckbuchstaben²

Ausfüllhinweise:

SGB III:

Bitte nutzen Sie je OS ein Formular. Ein OS kann für mehrere Agenturen zuständig sein. Zur Identifikation nutzen Sie bitte die Zuordnungstabelle OS – AA.

SGB II:

Bitte nutzen Sie je gE ein Formular.

²Eine Unterschrift oder elektronische Signatur ist nicht erforderlich.