

Arbeitsgemeinschaft der Agentur für Arbeit Trier und des Landkreises Bernkastel- Wittlich

Eingang (Antr. eing.)


Name, Vorname, Kundennummer, etc.

Heinz-Werner Schröder
Belinger Str. 63
54516 Wittlich
563A113609

OrgZ :
DKZ :
Geb-Dat : 23.01.1971
KuNr : 563A113609
BGNr. :

Erhebungsbogen für Maßnahmen im Einzelfall / betriebliche Tätigkeiten zur Verbesserung der Eingliederungs- aussichten gemäß §§ 48 ff. SGB III mit Einwilligung des Trägers der Grundsicherung

(Die Daten werden aufgrund § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 48 - 52 SGB III erhoben)

1.	Maßnahmeträger / Betrieb Name Straße, Nummer PLZ, Ort Telefon/Telefax Betriebs-Nr. (bitte immer angeben)	Dorint Resorts <i>Bitburg Südeifel</i> Am Stausee <i>Bitburg</i> 54636 Biersdorf am See 56417615	
2.	Ansprechpartner (incl. Tel.-Nr.)	<i>Elvira Strehlen (+49 6569 99500)</i>	
3.	Maßnahmebezeichnung / Tätigkeitsbeschreibung (bzw. beizufügendes Schulungsangebot einschließlich der Angaben zum Unterricht und der Maßnahmekosten (Lehrgangsgebühren, Lernmittel, Prüfungsgebühren, Kosten für notwendige Arbeitskleidung) bei betrieblichen Tätigkeiten können lediglich Prüfungsgebühren und Kosten für notwendige Arbeitskleidung übernommen werden. <i>Vorbereitungspraktikum für die Tätigkeit in der Reservierung.</i>		
4.	Schulungs-/Arbeitsstätte (incl. Tel.-Nr.)	<i>Dorint Resorts Bitburg Südeifel</i>	
5.	Beginn	Ende	der Maßnahme / Tätigkeit
	<i>27.09.2006, 28.09 + 29.09</i>	<i>04.10.2006 + 21.09 + 23.09.06</i>	<i>(5 Tage)</i>
6.	Angaben zu den Unterrichts- bzw. Arbeitstagen Arbeitszeit bzw. Unterricht an folgenden Wochentagen: (sofern mehr als 5 Tage/Woche: Wieviel Tage ist der Teilnehmer je Zeitmonat im Betrieb beschäftigt? Tage)	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input checked="" type="checkbox"/> Mi <input checked="" type="checkbox"/> Do <input checked="" type="checkbox"/> Fr <input checked="" type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So	
7.	War der o.a. Arbeitnehmer innerhalb der letzten 4 Jahre bereits mehr als drei Monate versicherungspflichtig bei Ihnen beschäftigt? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____ als _____		
8.	Haben Sie dem o.a. Arbeitnehmer vor Beginn seiner Arbeitslosigkeit eine Beschäftigung in Ihrem Betrieb/Unternehmen angeboten? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar am _____		
9.	Ich habe in meinem Betrieb innerhalb der letzten zwölf Monate betriebliche Trainingsmaßnahmen durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja; Zahl _____, darunter kam es in _____ Fällen zu einer anschließenden Einstellung. <i>musere Azubi haben alle vorher ein Praktikum gemacht</i>		
10.	Benennung der zuständigen Fachkraft (Angabe nur bei betrieblichen Tätigkeiten) Für die Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung des Teilnehmers wird folgende Fachkraft benannt: Name <i>Strehlen</i> Vorname <i>Elvira</i> Funktion <i>Reservierungsmanager</i>		
Die Hinweise zur Durchführung betrieblicher Trainingsmaßnahmen habe ich zur Kenntnis genommen. Ich bestätige, die dort genannten Voraussetzungen zu erfüllen. Mir ist bekannt, dass der Träger der Grundsicherung bei Abweichungen zu meiner Erklärung, die Förderung des/ der Teilnehmers/in einstellt. Der Träger der Grundsicherung übernimmt keine Haftung für Sach- und Personenschäden. Dem Teilnehmer/ der Teilnehmerin wird am Tage der Beendigung der Maßnahme/ betrieblichen Tätigkeit eine Bescheinigung/ein Zertifikat ausgestellt über die Teilnahme an der Maßnahme/Ausübung der betrieblichen Tätigkeit, aus der sich mindestens Dauer, Art und Inhalt der Maßnahme ergeben. Darüber hinaus bescheinige ich die Anwesenheits- und Abwesenheitstage. Hinweis bei Maßnahmen im Einzelfall: Eine Ausfertigung des von mir mit dem Teilnehmer abzuschließenden Vertrages, der zumindest Angaben zu den allgemeinen Geschäftsbedingungen, dem Ziel, den wesentlichen Inhalten, der Dauer, den Kosten und zur Zahlungsweise enthält, füge ich als Anlage bei.			
Ort	,den		Datum
<i>Biersdorf am See</i>	<i>02/10/06</i>		<i>02/10/06</i>
			Unterschrift des/der Bevollmächtigten Stempel des Maßnahmeträgers/Betriebes