**Eingliederungsnachweis des Maßnahmeträgers**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Maßnahme:** | | **Maßnahmeträger:** | |
| Vergabe-Nr.: | Maßnahme-Nr.: | | Los-Nr.: |
| Maßnahmebeginn: | Maßnahmeende: | | Stichtag: |

Eingliederungsnachweis nach  sechs Monaten seit Maßnahmebeginn  zwölf Monaten seit Maßnahmebeginn

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kunde/Kundin  *(Name, Vorname)* | Anschrift  *(PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)* | Geburts-datum | Maßnahmedauer  von / bis | Arbeitsauf-nahme am | Bei Arbeitgeber  *(Name, Anschrift)* | unbefristet / befristet bis | subventionsfreie Eingliederung | |
|  |  |  |  |  |  |  | ja | nein |
|  |  |  |  |  |  |  | ja | nein |
|  |  |  |  |  |  |  | ja | nein |
|  |  |  |  |  |  |  | ja | nein |
|  |  |  |  |  |  |  | ja | nein |
|  |  |  |  |  |  |  | ja | nein |
|  |  |  |  |  |  |  | ja | nein |
|  |  |  |  |  |  |  | ja | nein |
|  |  |  |  |  |  |  | ja | nein |

Anmerkungen:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Stempel/ Unterschrift des Maßnahmeträgers |