**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 |