Monatsbericht zu Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II (MAE) Org. Nr: 52MAE_____

Träger/ Anschrift:		
Kurzbezeichnung der Arbeitsgelegenheit/en:		
Betreff: Monatsbericht		Berichtsmonat: _____/_____

1.Erklärung des Trägers:
Ich versichere, dass ausschließlich vom Jobcenter Ostprignitz-Ruppin zugewiesene Bezieher/innen von Leistungen nach dem SGB II im Rahmen der im Förderantrag und im Bewilligungsbescheid beschriebenen Arbeitsgelegenheiten beschäftigt werden und dass die Mehraufwandsentschädigungen ohne Abzug unverzüglich an die Teilnehmenden weitergegeben werden.
Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben, insbesondere der Teilnehmertage und Beschäftigungsstunden und beantrage für die nachstehenden Personen die Auszahlung von Leistungen nach § 16d SGB II auf das im Förderantrag angegebene Konto. Meine Aufwendungen im Zusammenhang mit den o.g. Arbeitsgelegenheiten entsprechen mindestens den bewilligten Förderleistungen. Leistungen Dritter sind nicht berücksichtigt.

2. Auszahlungsantrag

Anzahl der Teilnehmenden in den Arbeitsgelegenheiten:						
Maßnahmekostenpauschale Träger						
Summe Sachkostenpauschale - Anzahl der TN:		x		€/TN/Monat =	0,00	€ Sachkosten für Teilnehmer (ungekürzt)
Summe Sachkostenpauschale - Anzahl der TN:		x		€/TN/Monat =	0,00	€ Sachkosten für Teilnehmer (gekürzt)
Summe Sachkostenpauschale - Anzahl der TN:		x		€/TN/Monat =	0,00	€ Sachkosten für Teilnehmer (gekürzt)
Summe Sachkostenpauschale - Anzahl der TN:		x		€/TN/Monat =	0,00	€ Sachkosten für Teilnehmer (gekürzt)
Summe Sachkostenpauschale - Anzahl der TN:		x		€/TN/Monat =	0,00	€ Sachkosten für Teilnehmer (gekürzt)
Summe Pauschale Anl.-/Betr.-bedarf - Anzahl der TN		x		€/TN/Monat =	0,00	€ Sachkosten für Teilnehmer (ungekürzt)
Summe Pauschale Anl.-/Betr.-bedarf - Anzahl der TN		x		€/TN/Monat =	0,00	€ Umlage für Teilnehmer (gekürzt)
Summe Pauschale Anl.-/Betr.-bedarf - Anzahl der TN		x		€/TN/Monat =	0,00	€ Umlage für Teilnehmer (gekürzt)
Summe Pauschale Anl.-/Betr.-bedarf - Anzahl der TN		x		€/TN/Monat =	0,00	€ Umlage für Teilnehmer (gekürzt)
Summe Pauschale Anl.-/Betr.-bedarf - Anzahl der TN		x		€/TN/Monat =	0,00	€ Umlage für Teilnehmer
Summe tatsächlich geleisteter Beschäftigungsstunden				**x 1,50 €/BStd. =**	0,00	**€ Mehraufwandsentschädigung der Teilnehmer**
Es werden folgende Mittel beantragt:			0,00			**€**

Erläuterung: Die monatliche Arbeitszeit ist auf maximal 120 Stunden/TN begrenzt. Dies entspricht 20 Teilnehmertagen bei einer Arbeitszeit von 6 h/Tag.
Für jede geleistete Beschäftigungsstunde werden 1,50 € Mehraufwandsentschädigung gezahlt.
Die Summe der tatsächlich geleisteten Beschäftigungsstunden ergibt sich aus der Anzahl der Teilnehmenden x max. 120 Stunden/TN/Monat.
Die Sachkostenpauschale und die Pauschale für den Anleitungs- und Betreuungsbedarf werden bei nicht besetzten Arbeitsgelegenheiten nach Ablauf der 7 KT-Frist anteilig gekürzt. (1/30 der bewilligten Sachkostenpauschale/KT bzw. 1/30 Pauschale für den Anleitungs- und Betreuungsbedarf)
KT= Kalendertage, TNT= Teilnehmertage, BStd.= Beschäftigungsstunden

Ort, Datum/Name des Zeichnungsberechtigten

3. Monatsbericht für Monat _____/_____

Anzahl bewilligter Arbeitsgelegenheiten: **52MAE**_____

bewilligte monatliche Maßnahmekostenpauschale je TN:

bewilligte monatliche MAE je TN:

Name	**Vorname**	**Geb.-datum**	**Eintritt**	**Austritt**	**KT**	**TNT**	**BStd.**	**Maßnahmekostenpauschale/TN in €**			**Mehraufwands-entschädigung/ TN in €** (1,50 €/TN/Stunde)
								Sachkosten-pauschale/TN	Pauschale Anleitungs- und Betreuungsbedarf/ TN	Gesamtsumme Spalten 9 und 10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
										0,00	0,00
							Summen	0,00	0,00	0,00	0,00

Anlage zum Monatsbericht für den Monat _____

Nachweis des eingesetzten Anleitungs- und Betreuungspersonals **52MAE** _____

Anleitung/ Betreuung	geleistete Stunden Anleitung/Betreuung im Abrechnungsmonat																														
Name	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**	**ges.**
																															0,00
																															0,00
																															0,00
																															0,00
																															0,00
																															0,00
																															0,00
																															0,00
																															0,00
Gesamt																															0,00