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 €** (1,10 €/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