**AGH MAE**

**AGH-Nr.:**

**Finanzierungsnachweis (Angaben zur Finanzierung der Maßnahme)**

* **Vordruck erforderlich wenn eine Maßnahmekostenpauschale beantragt wird -**

Anlage zu Nr. 6 des Antrages auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung

**I Träger der Maßnahme:**

**II Kurzbezeichnung der Maßnahme:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III Gesamtkosten** |  | **IV Finanzierung** |  |
| Kosten /Einzelpositionen | Angaben des Trägers in vollen Euro |  | Angaben des Trägers in vollen Euro |
| **1.** | **Personal- und Verwaltungskosten** |       | **1.** | **Eigenmittel** |       |
| 1.1 |       |       | 1.1 |       |       |
| 1.2 |       |       | 1.2 |       |       |
| **2.** | **Unfall- und Haftpflichtversicherung** |       | **2.** | **Einnahmen** |       |
| 2.1 |       |       | 2.1 |       |       |
| 2.2 |       |       | 2.2 |       |       |
| **3.** | **Besondere Anleitung** |       | **3.** | **Leistungen Dritter (z. B. Kommune, Land, ESF-Förderung)** |       |
| 3.2 |       |       | 3.2 |       |       |
| 3.1 |       |       | 3.1 |       |       |
| **4.** | **Sozialpädagogische Betreuung**  |       | **4.** | **Kredit / Spenden/ Sonstiges** |       |
| 4.1 |       |       | 4.1 |       |       |
| 4.2 |       |       | 4.2 |       |       |
| **5.** | **Gesundheitsorientierte Angebote** |       | **5.** | **Förderung durch den Träger der Grundsicherung** |       |
| 5.1 |       |       | 5.1 | Mehraufwandentschädigung |       |
| 5.2 |       |       | 5.2 | Maßnahmekostenpauschale |       |
| **6.** | **Sachkosten (z. B. Arbeitskleidung)** |       |  |       |       |
| 6.1 |       |       |  |       |       |
| 6.2 |       |       |  |  |  |
| **7.** | **Sonstige Kosten, z. B. Anleiterpauschale** |       |  |  |  |
| 7.1 |       |       |  |  |  |
| **Summe Gesamtkosten:** |  | **Summe Finanzierung:** |  |

**Erklärung des Trägers der Maßnahme**

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift(en) des Trägers der Maßnahme