**AGH MAE**

**AGH-Nr.:**

**Stellenbeschreibung**

* **gleichzeitig Stellenangebot für die Zuweisung -**

Anlage zu Nr. 3 des Antrages auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Träger der Maßnahme:**

**Kurzbezeichnung der Maßnahme:**

1. Tätigkeitsbeschreibung für       Kräfte

2. Bezeichnung der Tätigkeit:

3. Tätigkeitsbeschreibung/ Anforderungen (berufliche Mindestkenntnisse und

-fertigkeiten, körperliche Anforderungen, soziale Kompetenzen)

3.1 Zielgruppe

Geringqualifizierte  Alleinerziehende

Behinderte  Berufsrückkehrende

erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund

Sonstige

4. Tätigkeitsort/e (Bitte genaue Anschrift angeben, ggf. mit Lageplan)

4.1 Einsatzstelle

5. Vorgeschlagene Mehraufwandsentschädigung:       € je Stunde

6. Zeitlicher Umfang:       Stunden/Woche

7. Lage und Verteilung der Arbeitszeit

Vollzeit  Teilzeit  Gleitend  Schicht von       bis       Uhr

Mo  Di  Mi Do Fr Sa So

8. Dauer der Tätigkeit: von       bis

9. Vorzustellen bei/Rückfragen an:

Herrn/Frau

Telefon

Fax

E-Mail

Internet

10. Für den Maßnahmeträger:

Stempel

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

Ort Datum Unterschrift

11. Für die Einsatzstelle (Unterschrift nur erforderlich, wenn Angaben unter 4.1)

Stempel

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

Ort Datum Unterschrift