





**5. Maßnahmeziel**

- § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB III: Heranführung an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt oder  
 § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB III: Feststellung, Verringerung oder Beseitigung von Vermittlungshemmnissen oder  
 § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB III: Heranführung an eine selbständige Tätigkeit oder

**Unterstützungsleistung ausschließlich für den Rechtskreis SGB II**

- § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB III: Stabilisierung einer Beschäftigungsaufnahme  
 § 45 Abs. 1 SGB III: Maßnahme, die Maßnahmeteile in einem Betrieb (Arbeitgeber) mit einer Dauer von über sechs und bis zu zwölf Wochen beinhaltet

**6. Maßnahmeinhalt**

Detaillierte Beschreibung zu den Maßnahmeinhalten:

\_\_\_\_\_

**7. Maßnahmedauer**

Gesamtstunden pro Teilnehmer/Teilnehmer \_\_\_\_\_

**8. Art der Durchführung**

- Einzelmaßnahme  
 Gruppenmaßnahme im Klassenverband

**9. Art des Preises**

- Produktpreis  Kostensatz je Teilnehmerstunde

Von der FKS zugelassene Maßnahmekosten insgesamt je Teilnehmerin/Teilnehmer (Gesamtpreis)

in Euro \_\_\_\_\_

Von der FKS zugelassene Maßnahmekosten je Stunde pro Teilnehmerin/Teilnehmer in Euro \_\_\_\_\_

**10. Zahlungsbedingungen**

Geldinstitut \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

**Hinweise:**

- Die interne Maßnahmeerfassung bei der Bundesagentur für Arbeit erfolgt nur, wenn ein einlösbarer Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein für diese Maßnahme vorliegt.
- Der Fragebogen ist vollständig auszufüllen, bei modularen Maßnahmen für jedes Modul/jeden Baustein die erforderliche Anlage beizufügen, und an die zuständige Agentur für Arbeit zu senden. Zuständig für die zugelassene Maßnahme ist die Agentur für Arbeit, in deren Bezirk die Maßnahme durchgeführt wird.
- Dem Fragebogen sind das Zertifikat für die Zulassung des Trägers nach § 181 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1 SGB III und das Zertifikat für die Zulassung der Maßnahme nach § 181 Abs. 6 Satz 2 Nr. 2 SGB III sowie die entsprechenden Anlagen beizufügen.
- Die zuständige Agentur für Arbeit prüft die eingereichten Unterlagen und teilt Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen die Maßnahmenummer mit.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Stempel des Maßnahmeträgers  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten