

Arbeitgeber	
Name und Adresse	Dst: OrgZ: Geb-Dat: KuNr: Antragstellung:

**Erklärungsbogen zur Teilnahme an einer Maßnahme bei einem Arbeitgeber nach
§ 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 45 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB III Feststellung, Verringerung oder Beseitigung von Vermittlungshemmnissen**

1.	Maßnahmebeginn:	Maßnahmeende:	
2.	Entstehen Ihnen durch die Teilnahme an der Maßnahme Kosten?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.	Entstehen Ihnen durch die Teilnahme an der Maßnahme Fahrkosten?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.1	Pendelfahrten zwischen Wohnung und Arbeitgeber Privat- Pkw vom _____ bis _____ zurückgelegte Strecke in km (einfache Fahrt) Öffentliches Verkehrsmittel Wenn ja, in welcher Höhe monatlich _____ Euro (bei Teilmonaten bitte anteilige Kosten angeben)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.2	Angaben zur auswärtigen Unterbringung: Ich behalte meine bisherige Unterkunft bei und beziehe eine weitere Unterkunft am Maßnahmeort wenn ja: Straße/ Platz, Hausnummer: _____ Postleitzahl, Wohnort: _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3.3	An- und Rückreise vom Wohnort zum Arbeitgeber bei auswärtiger Unterbringung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Privat-Pkw _____ zurückgelegte Strecke in km (einfache Fahrt)		
	Öffentliches Verkehrsmittel Wenn ja, in welcher Höhe (bitte Originalnachweis beifügen)? _____ Euro		
3.4	Anzahl der Heimfahrten bei auswärtiger Unterbringung _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Privat-Pkw _____ zurückgelegte Strecke in km (einfache Fahrt)		
	Öffentliches Verkehrsmittel Wenn ja, in welcher Höhe (bitte Originalnachweis beifügen)? _____ Euro		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4.	Entsteht Ihnen durch die Teilnahme an der Maßnahme bei einem Arbeitgeber ein Mehraufwand für die Kosten der Kinderbetreuung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Der durch die Teilnahme an der Maßnahme bei einem Arbeitgeber entstehende Kinderbetreuungsmehraufwand kann erstattet werden, wenn dieser angemessen ist.		
4.1	Kinderbetreuungskosten entstehen: vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr)	
4.1.1 Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____		
Name und Anschrift der Person oder Einrichtung, die das Kind betreut:		
Kinderbetreuungskosten entstehen: vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr)		
Kinderbetreuungskosten entstehen in Höhe von _____ Euro monatlich		
4.1.2 Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____		
Name und Anschrift der Person oder Einrichtung, die das Kind betreut:		
Kinderbetreuungskosten entstehen: vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr)		
Kinderbetreuungskosten entstehen in Höhe von _____ Euro monatlich		
4.1.3 Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____		
Name und Anschrift der Person oder Einrichtung, die das Kind betreut:		
Kinderbetreuungskosten entstehen: vom _____ bis _____ (Tag/Monat/Jahr)		
Kinderbetreuungskosten entstehen in Höhe von _____ Euro monatlich		
Bei mehr als 3 zu berücksichtigenden Kindern bitte Angaben auf einem gesonderten Blatt machen.		
Wurden für o. g. Kind(er) durch eine andere Person Betreuungskosten bei einer Agentur für Arbeit bzw. einem Jobcenter beantragt?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja: Name des Kindes/ der Kinder:		
Welcher Kostenträger?		
5.	Arbeitskleidung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Höhe _____ Euro (bitte Originalnachweis beifügen)?		
Erläuterung:		
6.	Sonstige Kosten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Höhe _____ Euro (bitte Originalnachweis beifügen)?		
Erläuterung:		
7.	BIC	IBAN
Konto bei (Bank, Sparkasse usw.)		
8.	Erklärung und Unterschrift	
Ich versichere, dass meine Angaben zutreffen. Änderungen werde ich unverzüglich anzeigen.		
Mir ist bekannt, dass Zeugnisse/ Beurteilungen und für die Arbeitsvermittlung oder die Gewährung von Leistungen notwendige Mitteilungen vom Arbeitgeber im erforderlichen Umfang an das Jobcenter weitergeleitet werden und dass mir ein Recht auf Einsicht in Zeugnisse/ Beurteilungen zusteht.		
Im Übrigen habe ich die Hinweise zum Datenschutz im Merkblatt „Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II/Sozialgeld)“ zur Kenntnis genommen. Ich bin darüber informiert, dass ich keinen schriftlichen Bescheid erhalte, wenn meinem Antrag in vollem Umfang stattgegeben wird.		
Datum	Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers	