|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Träger:** |  | | **ZN:** | 01 600 |
| **Anlage zum Zulassungsantrag vom:** | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Maßnahme- bezeichnung (Titel)**  inkl. Angaben zu Vollzeit (VZ) oder Teilzeit (TZ) | | |  | | | | | | |
| **Maßnahmeziel** | | | Wählen Sie ein Element aus. | | | | | | |
| **Maßnahmedauer / Maßnahmeverlauf** | | | | | | | | | |
| **in**  **Wochen** |  | **in**  **Tagen** |  | **Theoretischer und praktischer Unterricht.**  **(1 UE = 45 Min)** | |  | **Maßnahmeteile bei einem  Arbeitgeber**  **(1 Std. = 60 Min)** | |  |
| **Maßnahmedauer** | | | Wählen Sie ein Element aus. | | | | | | |
| **Maßnahmekategorie** | | | Wählen Sie ein Element aus. | | | | | | |
| **Maßnahmeaufbau** | | | Wählen Sie ein Element aus. | | | | | | |
| **Maßnahme-/Unterrichtsform** | | | Digitale (virtuelle) Maßnahme - außerhalb Schulungsstätte | | | | | | |
| **Unterrichtsarten /-zeiten** | | | **Unterrichtsart** | | **Anzahl UE/Woche** | | | **Unterrichtszeiten (z.B. montags – freitags 08:00 Uhr bis 15:30 Uhr)** | |
| Wählen Sie ein Element aus. | |  | | |  | |
| **Art der Durchführung** | | | Wählen Sie ein Element aus. | | | | | | |
| **Maßnahmeziel /**  **Abschluss / Prüfung** | | | Wählen Sie ein Element aus. | | | | | | |
| **Wesentliche Inhalte der Maßnahme**  Angabe mind. zu den Leitfächern und darin enthaltenen Themen bzw. zu den konzeptionellen Inhalten | | |  | | | | | | |
| **Ermittlung der**  **arbeitsmarktlichen  Relevanz**  Ergebnis / Methoden und Zahlen / Daten / Fakten sowie Quellenangaben  Angestrebter Maßnahmeerfolg (Quote) bzw. Angaben zu Eingliederungsquoten bei bereits durchgeführten Maßnahmen mit gleicher oder ähnlicher Konzeption  Entfällt bei Maßnahmen nach § 16k SGB II | | |  | | | | | | |
| **Zielgruppe**  Bitte so genau wie möglich angeben | | |  | | | | | | |
| **Personenkreis nach**  **§ 45 Abs. 8 SGB III**  Abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 darf bei Langzeitarbeitslosen oder Arbeitslosen, deren berufliche Eingliederung auf Grund von schwerwiegenden Vermittlungshemmnissen besonders erschwert ist, die Teilnahme an Maßnahmen oder Teilen von Maßnahmen, die bei oder von einem Arbeitgeber durchgeführt werden, jeweils die Dauer von zwölf Wochen nicht überschreiten. | | | Wählen Sie ein Element aus. | | | | | | |
| **Zugangs-/ Aufnahmevoraus- setzungen** | | |  | | | | | | |
| **Geplante TN-Zahl**  Kann von der kalkulierten Zahl (z.B. 12 Personen bei Gruppenmaßnahmen) abweichen  Bei Einzelmaßnahme/Einzelbetreuung die Zahl 1 eintragen. | | |  | | | | | | |
| **Unterauftragsvergabe**  Eine Unterauftragsvergabe an einen nicht-AZAV-zugelassenen Träger ist nicht möglich (auch nicht in Höhe von 10%).  Sofern eine Unterauftragsvergabe (z.B. bei längeren Maßnahmen) erfolgt, müssen bei AVGS-Maßnahmen alle Träger eine Zulassung nachweisen. | | |  | | | | | | |
| **Ehemalige**  **ZN-Nummer (sofern vorhanden)** | | |  | | | | | | |

Bitte die Maßnahmekurzbeschreibung nur im Format „Word“ und ohne Passwort-Schutz einreichen.

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner im Unternehmen für Rückfragen: | |
|  |
| Vorname, Name; Telefon |