**AGH Mehraufwandsentschädigung**

**AGH Nr.:**

|  |
| --- |
| EingangsvermerkJobcenter Kreis Warendorf |

Jobcenter Kreis Warendorf

Waldenburger Straße 2

48231 Warendorf

 [ ]  Zutreffendes bitte ankreuzen

**Antrag auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE)**

**Hinweise zum Datenschutz**

Der Träger der Grundsicherung benötigt die Angaben für die Prüfung der Förderungsvoraussetzungen gemäß § 16d Satz 2 Sozialgesetzbuch - Zweites Buch - (SGB II). Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergibt sich aus §§ 60 ff. Sozialgesetzbuch - Erstes Buch - (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I). Die von Ihnen erfragten Angaben werden in eine Maßnahmeakte aufgenommen. Für die Leistungszahlung werden einzelne Ihrer Daten automatisiert verarbeitet und gespeichert; die Löschung erfolgt spätestens 5 Jahre nach Beendigung der Leistungsgewährung. Ihre Daten werden im erforderlichen Umfang auch zur Erfüllung anderer Aufgaben des Grundsicherungsträgers nach dem Sozialgesetzbuch genutzt; an Stellen außerhalb der Grundsicherungsstellen werden sie im Rahmen des für die Leistungsgewährung erforderlichen Umfangs weitergeleitet.

1. **Träger der Maßnahme**

**Straße, Nr.:**

**PLZ, Ort:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Fax:**

**Internet:**

**Ansprechpartner (ggf. Vertreter):**

* 1. **Bankverbindung**

**Kontoinhaber:**

**IBAN:**

**BIC:**

1. **Angaben zur Maßnahme**
	1. **Ziel und Zweck der Maßnahme / Kurzbeschreibung**

Ausführliche Beschreibung der Maßnahmekonzeption ist als Anlage (AGH 3a) beigefügt.

[ ]  ja [ ]  nein

* 1. **Angaben zum öffentlichen Interesse der Arbeiten**

**Hinweis: Die Gemeinnützigkeit eines Maßnahmeträgers allein ist nicht ausreichend für die Annahme, dass die durchgeführten Arbeiten im öffentlichen Interesse liegen.**

Ausführliche Angaben zum öffentlichen Interesse sind als Anlage (AGH 3a) beigefügt.

[ ]  ja [ ]  nein

* 1. **Beschreibung der auszuführenden Arbeiten**

2.3.1 Ausführliche Beschreibung der auszuführenden Arbeiten ist als Anlage (AGH 3 a) beigefügt.

 [ ]  ja [ ]  nein

2.3.2 Die Arbeiten werden in meinem Betrieb / meinen Betriebstätten durchgeführt.

 [ ]  ja

 [ ]  nein

Wenn nein, die Arbeiten werden in folgenden Einsatzstellen (Name Institution/Dienststelle/Betrieb) durchgeführt (ggf. Anlage beifügen):

**Hinweis: Werden die Arbeiten ganz oder teilweise in Einsatzstellen außerhalb der Betriebsstätten des Maßnahmeträgers durchgeführt, ist die Unterschrift der Einsatzstelle erforderlich.**

* 1. **Angaben zur Zusätzlichkeit der Arbeiten**

2.4.1 Die Arbeiten würden ohne Förderung nicht oder nicht in diesem Umfang durchgeführt.

[ ]  trifft zu [ ]  trifft nicht zu

2.4.2 Die Arbeiten würden ohne Förderung zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt.

 [ ]  ja [ ]  nein

2.4.3 Es besteht eine rechtliche Verpflichtung, die Arbeiten durchzuführen.

 [ ]  ja [ ]  nein

2.4.4 Es handelt sich um Arbeiten, die üblicherweise von juristischen Personen des öffentlichen Rechts durchgeführt werden.

 [ ]  ja [ ]  nein

 Werden die Arbeiten um mindestens 2 Jahre vorgezogen?

 [ ]  ja [ ]  nein

 Zu welchem frühestmöglichen Zeitpunkt würden die Arbeiten auch ohne Förderung durchgeführt?

2.4.5 Wurden vergleichbare Arbeiten (gleicher Bereich, Abschnitt oder Sachgebiet) bereits in der Vergangenheit durchgeführt und gefördert?

 [ ]  ja [ ]  nein

 Wenn ja, mit der Maßnahme ABM-Nr. / AGH-Nr.:

* 1. **Angaben zur Wettbewerbsneutralität der Arbeiten**

Ist eine Beeinträchtigung der Wirtschaft als Folge der Förderung zu befürchten?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn nein,

[ ]  die auszuführenden Arbeiten werden nicht als Dienstleistung auf dem freien Markt angeboten.

[ ]  es erfolgt eine Begrenzung der Nutzungsberechtigten auf sozial benachteiligte Personen.

[ ]  eine Unbedenklichkeitsbescheinigung von Wirtschaftsorganisationen (z. B. der IHK, HWK) liegt vor.

[ ]  es liegen andere Gründe vor.

* 1. **Weitere Maßnahmeelemente**

1. **Arbeitskräfte / Arbeitsvermittlung**
	1. Es sollen Arbeitsgelegenheiten für folgende Personengruppen geschaffen werden (z. B. Langzeitarbeitslose, Geringqualifizierte, Behinderte, Alleinerziehende, Berufsrückkehrende, erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund):

* 1. Für die auszuführenden Arbeiten sollen       Teilnehmende vom Träger der Grundsicherung zugewiesen werden, davon:

      Teilzeit mit       Stunden / Woche

      Vollzeit

* 1. Stellenbeschreibung(en) für die zuzuweisenden Teilnehmenden (Vordruck AGH 3b) ist/sind beigefügt.

[ ]  ja [ ]  nein

1. **Umfang, Lage und Verteilung der Arbeitszeit**
	1. Der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt       Stunden

in der Regel von       bis

* 1. Konkrete Aussage zu Lage und Verteilung der Arbeitszeit – siehe Stellenbeschreibung (Vordruck AGH 3b)
1. **Dauer und Beginn der Förderung**
	1. Die Förderung soll       Jahr(e),       Monate,       Wochen und       Tage betragen.
	2. Beginn der Arbeiten bzw. Beschäftigungsbeginn:

voraussichtliches Ende:

1. **Angaben zur Finanzierung der Maßnahme**
	1. Angaben zur Finanzierung der Maßnahme sind als Anlage (AGH 3c) beigefügt.

[ ]  ja [ ]  nein

* 1. Besteht eine Verpflichtung Dritter, zur Finanzierung der Maßnahme Leistungen zu gewähren oder gewährt ein Dritter solche Leistungen, ohne dazu verpflichtet zu sein oder stellt(e) er solche in Aussicht oder können von Ihnen solche Leistungen beantragt oder erhoben werden?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, bitte näher erläutern und Vordruck AGH 3c beifügen.

* 1. Werden durch die Maßnahme Einnahmen erzielt?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, bitte näher erläutern und Vordruck AGH 3c beifügen.

1. **Mehraufwandsentschädigung für Teilnehmende**
	1. Für die zugewiesenen Teilnehmenden ist aus meiner/unserer Sicht eine Mehraufwandsentschädigung von       €/Stunde angemessen.
	2. Ich/Wir bin/sind bereit die Auszahlung der Mehraufwandsentschädigung an die Teilnehmenden im Auftrag der Grundsicherungsstelle vorzunehmen.

[ ]  ja [ ]  nein

***Hinweis: Die Höhe der Mehraufwandsentschädigung wird von der Grundsicherungsstelle festgelegt.***

1. **Kostenpauschale für Maßnahmeträger (Maßnahmekostenpauschale)**
	1. Ich/ Wir beantragen eine Maßnahmekostenpauschale als Zuschuss für

[ ]  Personal- und Verwaltungskosten

[ ]  Unfall- und Haftpflichtversicherung

 Bitte Vordruck AGH 3c beifügen

[ ]  Sachkosten (z. B. Arbeitskleidung)

[ ]  sonstiger Aufwand      .

in Höhe von       €/mtl. für       Teilnehmende (s. Nr. 3.2) x       Monate =       €.

* 1. Die Förderung ist erforderlich, weil sonst eine Finanzierung der Maßnahme nicht erreicht werden kann (siehe Vordruck AGH 3c).

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, bitte Begründung:

1. **Eignung des Maßnahmeträgers**
	1. Angaben zur Trägereignung (Vordruck AGH 3d) sind beigefügt

[ ]  ja [ ]  nein

.

* 1. Ist ein Personal-/ Betriebsrat vorhanden?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, Stellungnahme des Personal-/ Betriebsrates zur Durchführung der Maßnahme (s. Nr. 11) ist beizufügen. Bei Regieträgern, die ausschließlich Einsatzstellen in Kooperation anbieten ist die Stellungnahme des Personal-/ Betriebsrates der Einsatzstelle beizufügen.

1. **Erklärung des Trägers der Maßnahme**
	1. Mir/Uns ist insbesondere bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben nicht nur zur Erstattung von Leistungen, sondern auch zu einem Ordnungswidrigkeiten- oder Strafverfahren (Subventionsbetrug) führen können.
	2. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, eine ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme sicherzustellen. Dies umfasst insbesondere die maßnahmekonforme Durchführung der Arbeiten und eine zweckentsprechende Mittelverwendung, die Einhaltung der Vorschriften über den Arbeitsschutz und das Bundesurlaubsgesetz, mit Ausnahme der Vorschriften über das Urlaubsentgelt, die Sicherstellung der Unfallversicherung sowie der Haftpflichtversicherung der in den bewilligten Zusatzjobs beschäftigten Personen und die rechtzeitige Vorlage eines entsprechenden Nachweises beim Jobcenter Kreis Warendorf sowie die Bereitstellung einer angemessenen fachlichen, personellen, sachlichen und räumlichen Ausstattung.
	3. Die Finanzierung der Maßnahme ist gesichert (z. B. durch Eigenanteil).
	4. Ich/Wie verpflichte(n) mich/uns, jede Änderung unverzüglich gegenüber meinen/unseren Angaben im Antrag mitzuteilen, die sich auf die Fördervoraussetzungen und die Zahlung der Förderung auswirkt, insbesondere
* die Beendigung der Beschäftigung während des Förderzeitraumes sowie die hierfür maßgeblichen Gründe,
* eine Verringerung der bei der Bemessung der Arbeitsgelegenheit zugrundeliegenden Arbeitszeit,
* den nicht maßnahmegerechten Ansatz einer zugewiesenen teilnehmenden Person
* eine Veränderung der Einnahmen oder Zuschüsse Dritter.
	1. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, Maßnahmebelege mindestens 5 Jahre nach Ablauf der Förderungsdauer für Prüfzwecke aufzubewahren.
	2. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns nach der Hälfte der bewilligten Förderdauer (nur bei Maßnahmen die länger als 6 Monate dauern) einen Zwischenbericht spätestens 1 Monat danach und zum Ende der Maßnahme spätestens 2 Monate nach Maßnahmeende einen Ergebnisbericht und eine Dokumentation (z. B. Verlauf, Arbeitsergebnisse, Wirkungen, Erfahrungen), für die Teilnehmenden eine Teilnahmebescheinigung und für das Jobcenter Kreis Warendorf eine Teilnehmendenbeurteilung (§ 61 SGB II) sowie die Unterlagen, die für die abschließende Entscheidung über den Umfang der zu erbringenden Leistungen erforderlich sind, zu erstellen.
	3. Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, Presse- und Öffentlichkeitsarbeiten mit dem Jobcenter Kreis Warendorf abzustimmen.

**Für den Maßnahmeträger:**

Stempel

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

Ort Datum Unterschrift

**Für die Einsatzstelle (ggf. Anlage beifügen):**

Stempel

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

Ort Datum Unterschrift

1. **Stellungnahme des Personal-/Betriebsrates des Maßnahmeträgers bzw. der Einsatzstelle zu den Angaben im Antrag**

[ ]  wird nachgereicht

Der Maßnahme wird

[ ]  zugestimmt.

[ ]  nicht zugestimmt.

[ ]  Es bestehen Bedenken (s. Anlage).

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

Ort Datum Unterschrift des Personal-/Betriebsrates