**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