

(Zuwendungsempfänger/in)

_____, den _____

(Ort, Datum)

Auskünfte erteilt: _____

Telefon: _____

Fax: _____

An das

Versorgungsamt Gelsenkirchen- Abteilung für Arbeitsmarktpolitische
Förderprogramme (APF) -Vattmannstr. 2-845879 Gelsenkirchen**D Zwischennachweis (ZN)¹****D Verwendungsnachweis (VN)¹****Betr.: Zuwendungen des Landes Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union zum Programm****„Förderung von Maßnahmen zur Wiedereingliederung
von Frauen nach der Familienphase in das Erwerbsleben“****Anlg.:** ☐ Tabelle zur personellen Besetzung (Anlage 4.1)¹☐ Liste der Teilnehmerinnen (Anlage 4.2)☐ Teilnehmerinnenverbleib (Anlage 4.3)☐ Begleitbogen¹☐ Sachbericht¹

Bezeichnung der Maßnahme			
Durch Zuwendungsbescheid(e) des (Bewilligungsbehörde)			
vom	Az.:	über	DM
vom	Az.:	über	DM
vom	Az.:	über	DM
wurden zur Finanzierung der o.a. Maßnahme insgesamt bewilligt			DM
Es wurden ausgezahlt		insgesamt	DM

L Sachbericht	
1. Darstellung der durchgeführten Maßnahme²	
1.1 Kurze Kommentierung der Daten aus dem Begleitbogen, Auswirkungen und Erfahrungen²	
1.2 Trägerverbund	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1.3 Betriebliche Beteiligung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen² Auf gesondertem Blatt beifügen

2.	Übersicht über Teilnehmerinnen	
2.1	Abbrüche während der Maßnahme aus folgenden Gründen: (jeweils Anzahl und Grund)	
	_____ Teilnehmerinnen wegen	Aufnahme einer Beschäftigung
	_____ Teilnehmerinnen wegen	Beginn einer Ausbildung/Umschulung
	_____ Teilnehmerinnen wegen	Krankheit
	_____ Teilnehmerinnen wegen	Gründen , die im persönlichen Verhalten liegen
	_____ Teilnehmerinnen wegen	Überforderung
	_____ Teilnehmerinnen wegen	_____
	_____ Teilnehmerinnen wegen	_____
2.2	Qualifikation der Teilnehmerinnen³⁾ (jeweils Anzahl und erreichte Qualifikation)	
	bei Eintritt	bei Austritt
	_____ keine Berufserfahrung	_____ keine Berufserfahrung
	_____ angelernt	_____ angelernt.
	_____ Berufsabschluß	_____ Berufsabschluß

II. Zahlenmäßiger Nachweis / Einnahmen		
1. Art (Eigenanteil, Leistungen Dritter, Zuwendungen)	Lt. Zuwendungsbescheid DM	Lt. Abrechnung DM
1.1 Mittel des Bundes	DM	DM
1.2 Mittel d. Kreises/d. kreisfreien Stadt	DM	DM
1.3 sonst. öffentliche Mittel	DM	DM
1.4 Öffentliche Förderung insgesamt i ohne Landesförderung Summe (1.1 + 1.3)	DM	DM
1.5 Eigenanteil	DM	DM
1.6 Einnahmen für die Maßnahme	DM	DM
1.7 Eigenmittel insgesamt Summe (1.5 + 1.6)	DM	DM
1.8 Private Mittel Dritter	DM	DM
1.9 Komplementärmittel insgesamt Summe (1.4 + 1.7 + 1.8)	DM	DM
1.10 Zuwendungen nach Landesrichtlinien	DM	DM
1.11 Gesamtfinanzierung Summe (1.9 + 1.10)	DM	DM

³⁾ Nur im Verwendungsnachweis ausfüllen. Bitte keine Doppelzählung vornehmen.

III. Zahlenmäßiger Nachweis / Ausgaben

1. Ausgabengliederung	Lt. Zuwendungsbescheid DM	Lt. Abrechnung DM
1.1 Ausgaben für Vorlauf (vgl. 5.4.1 der RL) (bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen)	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM
1.2 Sachausgaben (vgl. 5.4.1 der RL) (bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen)	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM
1.3 Personalausgaben (vgl. 5.4.1 der RL) (bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen)	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM
1.4 Ausgaben für Kinderbetreuung (vgl. 5.4.3 der RL) (bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen)	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM
1.5 Ausgaben für Fahrten (vgl. 5.4.4 der RL) (bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen)	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM
1.6 zusätzl. Ausgaben für Teilnehmerinnen an Maßnahmen nach Nr. 2.1.2 der RL (vgl. 5.4.5 der RL) (bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen)	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM
1.7 Zuschuß für Mehraufwendungen (vgl. 5.4.2 der RL) (bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen)	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM
1.8 Sonstiges	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM
1.9 Gesamt	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM

IV. Zahlenmäßiger Nachweis / IST-Ergebnis

	Lt. Zuwendungsbescheid DM	Lt. Abrechnung DM
1. Ausgaben	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM
2. Einnahmen	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM
3. Mehrausgaben / Minderausgaben	<input type="text"/> DM	<input type="text"/> DM

V. Bestätigungen

Es wird bestätigt, daß

- die Allgemeinen und Besonderen Nebenbestimmungen des Zuwendungsbescheides beachtet wurden,
- die Angaben im Verwendungsnachweis mit den Unterlagen und den Belegen übereinstimmen,
- die Vereinbarung zwischen den Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW und den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege über die Verbesserung des Nachweis- und Prüfungsverfahrens in den Zuwendungsbereichen des MAGS beachtet wurde (gilt nur, soweit der Zuwendungsempfänger einem Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege angehört),
- die Ausgaben notwendig waren, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist.

(Ort, Datum)_____
(Rechtsverbindliche Unterschrift)**Ergebnis der Prüfung durch die Bewilligungsbehörde**
(Nr. 12.2 W /11.2 VVG bzw. Nr.7 ANBest-P/Nr. 8 ANBest-G)¹

Der Zwischennachweis/Verwendungsnachweis¹ wurde anhand der vorliegenden Unterlagen geprüft.
Es ergaben sich keine -die aus der Anlage ersichtlichen- Beanstandungen.

(Ort, Datum)_____
(Rechtsverbindliche Unterschrift)¹ Nichtzutreffendes bitte streichen

Übersicht über die Beschäftigung von notwendigem Personal

Anlage 2.1

Anlage 4.1

Bezeichnung der
Maßnahme: _____

(wie 2.1 des Antragsvordruckes)

Geschäfts-
zeichen: _____

(laut Zuwendungsbescheid, sofern bereits
bewilligt)

Personelle Besetzung

Erwartete Zuwendung des Landes nach diesen Richtlinien									
lfd. Nr.	Name, Vorname	1) Art der Berufsausbil- dung 2) Berufsbezeichnung 3) sonstige Qualifikation 4) Vergütungsgruppe nach BAT	Wöchentliche Arbeitszeit	Beschäftigt von - bis	19__	19__	19__	Gesamt	Höhe sonstiger Zuschüsse, z.B. ABM

Liste¹ der Teilnehmerinnen an der Maßnahme

Stichtag ☐ 30.6. ☐ 31.12. des Jahres

☐ zum Ende der Maßnahme

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Eintritt in die Maßnahme (Datum)	Austritt aus der Maßnahme (Datum)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

¹ ggf. ergänzen.

(Zuwendungsempfänger/in)

_____, den _____
(Ort, Datum)
Auskünfte erteilt: _____
Telefon: _____
Fax: _____

T

7

An das
Versorgungsamt **Gelsenkirchen**
- **Dezernat für Arbeitsmarktpolitische**
Förderprogramme (APF) -

_ Vattmannstr. 2-8 _____

_ 45879 **Gelsenkirchen** _____

Betr.: Zuwendungen des Landes Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union zum Programm:

**„Förderung von Maßnahmen zur Wiedereingliederung
von Frauen nach der Familienphase in das Erwerbsleben“**

hier: Teilnehmer/innenverbleib sechs Monate nach Beendigung der Maßnahme

Bezeichnung der Maßnahme

Verbleib der Teilnehmerinnen zum Ende des sechsten Monats nach Abschluß der Maßnahme

- ☐ in Dauerbeschäftigung
- ☐ befristet beschäftigt
- ☐ voraussichtlich in Arbeit
- ☐ Übertritt in andere Maßnahme
- ☐ arbeitslos
- ☐ langfristig erkrankt
- ☐ nicht mehr arbeitssuchend
- ☐ unbekannter Verbleib