

(Zuwendungsempfänger/in)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

(Ort, Datum)

Auskünfte erteilt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

F

1

An das  
 Versorgungsamt Gelsenkirchen  
 - Abteilung für Arbeitsmarktpolitische  
 Förderprogramme (APF) -

Vattmannstr. 2-8 \_\_\_\_\_

45879 Gelsenkirchen \_\_\_\_\_

**D Zwischennachweis ( ZN )<sup>1</sup>**  
**D Verwendungsnachweis ( VN )<sup>1</sup>**

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“

- Anlgs.:**
- Tabelle zur personellen Besetzung (Anlage 4.1)<sup>1</sup>
  - Liste der Teilnehmerinnen (Anlage 4.2)
  - Teilnehmerinnenverbleib (Anlage 4.3)
  - Begleitbogen<sup>1</sup>
  - Sachbericht

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
Eswurden ausgezahlt insgesamt DM

**L Sachbericht**

**1. Darstellung der durchgeführten Maßnahme<sup>2</sup>**

**1.1 Kurze Kommentierung der Daten aus dem Begleitbogen, Auswirkungen und Erfahrungen<sup>2</sup>**

**1.2 Trägerverbund**  ja D nein

**1.3 Betriebliche Beteiligung**  ja  nein

<sup>1</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen

<sup>2</sup> Auf gesondertem Blatt beifügen

## 2. Übersicht über Teilnehmerinnen

2.1 Abbrüche während der Maßnahme aus folgenden Gründen:  
(jeweils Anzahl und Grund)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Teilnehmerinnen wegen | Aufnahme einer Beschäftigung                          |
| <input type="checkbox"/> Teilnehmerinnen wegen | Beginn einer <b>Ausbildung/Umschulung</b>             |
| <input type="checkbox"/> Teilnehmerinnen wegen | Krankheit   |
| <input type="checkbox"/> Teilnehmerinnen wegen | <b>Gründen</b> , die im persönlichen Verhalten liegen |
| <input type="checkbox"/> Teilnehmerinnen wegen | Überforderung   |
| <input type="checkbox"/> Teilnehmerinnen wegen | _____   |
| <input type="checkbox"/> Teilnehmerinnen wegen | _____   |

2.2 Qualifikation der Teilnehmerinnen<sup>3</sup>

(jeweils Anzahl und erreichte Qualifikation)

bei Eintritt	bei Austritt
<input type="checkbox"/> keine Berufserfahrung	<input type="checkbox"/> keine Berufserfahrung
<input type="checkbox"/> angelernt	<input type="checkbox"/> angelernt
<input type="checkbox"/> Berufsabschluß	<input type="checkbox"/> 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

<sup>3)</sup> Nur im Verwendungs nachweis ausfüllen. Bitte keine Doppelzählung vornehmen.

**III. Zahlenmäßiger Nachweis / Ausgaben**

1. Ausgabengliederung	Lt. Zuwendungs- bescheid DM	Lt. Abrechnung DM
1.1 Ausgaben für Vorlauf ( vgl. 5.4.1 der RL ) ( bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen )		DM
1.2 Sachausgaben ( vgl. 5.4.1 der RL ) ( bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen )		DM
1.3 Personalausgaben ( vgl. 5.4.1 der RL ) ( bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen )		DM
1.4 Ausgaben für Kinderbetreuung ( vgl. 5.4.3 der RL ) ( bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen )		DM
1.5 Ausgaben für Fahrten ( vgl. 5.4.4 der RL ) ( bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen )		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 )		DM
1.7 Zuschuß für Mehraufwendungen ( vgl. 5.4.2 der RL ) ( bei VN: ggf. Einzelaufstellung beifügen )		DM
1.8 Sonstiges		DM
1.9 Gesamt	DM	DM

**IV. Zahlenmäßiger Nachweis / IST-Ergebnis**

	Lt. Zuwendungs- bescheid DM	Lt Abrechnung DM
1. Ausgaben		DM
2. Einnahmen		DM
3. Mehrausgaben / Minderausgaben	DM	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)<sup>1</sup>**

Der Zwischennachweis/Verwendungsnachweis<sup>1</sup> wurde anhand der vorliegenden Unterlagen geprüft.  
 Es ergaben sich keine -die aus der Anlage ersichtlichen- Beanstandungen.

(Ort,Datum)

(Rechtsverbindliche Unterschrift)

<sup>1</sup> Nichtzutreffendes bitte streichen

**Übersicht über die Beschäftigung von notwendigem Personal****Anlage 2.1**  
**Anlage 4.1**

(wie 2.1 des Antragsvordruckes)

Bezeichnung der  
Maßnahme: \_\_\_\_\_Geschäfts-  
zeichen: \_\_\_\_\_(laut Zuwendungsbescheid, sofern bereits  
bewilligt)**Personelle Besetzung**

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

Liste<sup>1</sup> der Teilnehmerinnen an der MaßnahmeStichtag  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					

<sup>1</sup> ggf. ergänzen.

(Zuwendungsempfänger/in)

---



---



---

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

(Ort, Datum)

Auskünfte erteilt:

Telefon:

Fax:

T

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<sup>1</sup>**
 in Dauerbeschäftigung

 **befristet** beschäftigt

 **voraussichtlich** in Arbeit

 Übertritt in andere Maßnahme

 arbeitslos

 langfristig erkrankt

 nicht **mehr arbeitssuchend**
 unbekannter **Verbleib**