

(Zuweisungsempfänger/in)

.....,den .....  
(Ort, Datum)

Auskünfte erteilt: .....

Telefon: .....

Fax: .....

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

.....

.....

☐ **Zwischennachweis<sup>1)</sup>**  
**n Verwendungsnachweis<sup>1)</sup>**

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

- ☐ „Arbeit und Qualifizierung – AQUA“<sup>1)</sup>
- ☐ „Zielgruppenorientierte Qualifizierung – QUAZI“<sup>1)</sup>

**Anlg.:** 1. Tabelle zur personellen Besetzung (Anlage 5.1)  
2. Liste der Teilnehmer und Teilnehmerinnen (Anlage 5.2)  
3. Begleitbogen  
4. 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

1 Sachbericht

1.1 Darstellung der durchgeführten Maßnahme

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

1.1.2 Trägerverbund D ja D nein

1.1.3 Betriebliche Beteiligung ☐ ja D nein<sup>1)</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen.<sup>2)</sup> Auf gesondertem Blatt beifügen.

814

1.2 Übersicht über Teilnehmer/innen					
1.2.1 Austritte aus der Maßnahme					
1.2.1.1 reguläre Beendigung					
darunter	insgesamt	darunter Männer	Frauen	Ausländer/ innen	Behinderte
ESF-Ziel 3, Schwerpunkt 1 (Langzeitarbeitslose)					
ESF-Ziel 3, Schwerpunkt 2 (Jugendliche <25 Jahre)					
insgesamt					
1.2.1.2 Abbrüche während der Maßnahme					
darunter	insgesamt	darunter Männer	Frauen	Ausländer/ innen	Behinderte
ESF-Ziel 3, Schwerpunkt 1 (Langzeitarbeitslose)					
ESF-Ziel 3, Schwerpunkt 2 (Jugendliche <25 Jahre)					
insgesamt					

1.2.1.3 Abbrüche während der Maßnahme aus folgenden Gründen: (jeweils Anzahl und Grund)	
..... Teilnehmer/innen wegen	Aufnahme einer <b>Beschäftigung</b>
..... Teilnehmer/innen wegen	Beginn einer <b>Ausbildung/Umschulung</b>
..... Teilnehmer/innen wegen	Krankheit
..... Teilnehmer/innen wegen	Gründen, die im persönlichen Verhalten liegen
..... Teilnehmer/innen wegen	Überforderung
..... Teilnehmer/innen wegen	.....
..... Teilnehmer/innen wegen	.....
1.2.2 in der Maßnahme erlangte Qualifikation der Teilnehmer/innen <sup>2)</sup> (jeweils Anzahl und erreichte Qualifikation)	
..... Hauptschulabschluß	..... Kammerabschluß
..... Orientierung, Stabilisierung	..... Zusatzqualifikation
..... Anlernqualifikation	..... keine Angaben

<sup>2)</sup> Nur im Verwendungsnachweis ausfüllen. Bitte keine **Doppelzählung** vornehmen.

2 Zahlenmäßiger Nachweis						
		Anzahl der Teilnehmer/ innen	Dauer in Monaten	Festbetrag pro TN	erhaltene Zuwendung	abzurechnende Zuwendung
	Festbeträge zu	A	B	C	D	E. = A * B * C
2.1	Sächliche Ausgaben (Lehrgangsausgaben)					
2.2	Qualifizierungszuschuß TN ohne Kind <b>TN</b> mit 1 Kind TN mit 2 Kindern TN mit ..... Kindern					
2.3	Beschäftigung von Fachpersonal einschl. Arbeitsplatzausgaben lt. Anlage 5.1 (Personelle Besetzung) zum <b>Verwen- dungs-/Zwischennachweis</b>					
2.4	Summe 2.1-2.3					

		erhaltene Zuwendung	abzurechnende Zuwendung
2.5	<b>Lohnausgabenzuschuß<sup>*)</sup></b>		
2.6	<b>Kinderbetreuungszuschuß</b>		
2.7	Ausgaben für Vorlauf		
2.8	Ausgaben für Nachbetreuung		
2.9	Ausgaben für Reisen ins Ausland		
2.10	Abzurechnende Zuwendung (Summe 2.5 bis 2.9)		DM

<sup>\*)</sup> Nur auszufüllen bei **Maßnahmen** nach dem Programm **AQUA**.

814

**3 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 dem 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.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

Ergebnis der Prüfung durch die Bewilligungsbehörde (Nr. 12.2 **VV/11.2 VVG** bzw. Nr. 7 **ANBest-P/Nr. 8 ANBest-G**)<sup>\*)</sup>

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

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

<sup>\*)</sup> Nichtzutreffendes bitte streichen.

Liste<sup>1)</sup> der Teilnehmer und 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					

<sup>1)</sup> ggf. ergänzen.

814

(Zuwendungsempfänger/in)

....., den .....  
(Ort, Datum).....  
.....  
.....

Auskünfte erteilt: .....

Telefon: .....

Fax: .....

An das  
Versorgungsamt .....  
- Dezernat für Arbeitsmarktpolitische  
Förderprogramme (APF) -  
.....  
.....**Betr.: Zuwendungen des Landes Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union zum Programm:**

- ☐ „Arbeit und Qualifizierung - AQUA“<sup>1)</sup>  
☐ „Zielgruppenorientierte Qualifizierung - QUAZI“<sup>1)</sup>

hier: Teilnehmerverbleib sechs Monate nach Beendigung der Maßnahme

Bezeichnung der Maßnahme	
Verbleib der Teilnehmer/innen zum Ende des sechsten Monats nach Abschluß der <b>Maßnahme</b> <sup>2)</sup>	
Anzahl:	<input type="text"/> in Dauerbeschäftigung
	<input type="text"/> befristet beschäftigt
	<input type="text"/> voraussichtlich in Arbeit
	<input type="text"/> Übertritt in andere Maßnahme
	<input type="text"/> arbeitslos
	<input type="text"/> langfristig erkrankt
	<input type="text"/> nicht mehr arbeitssuchend
	<input type="text"/> unbekannter Verbleib

<sup>1)</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen.<sup>2)</sup> Bitte keine **Doppelzählung** vornehmen.

Geschäftszeichen:

Begleitbogen für das Programm: ☒ AQUA<sup>1)</sup>☐ QUAZI<sup>1)</sup>Stichtag<sup>1)</sup>☐ 30. 6.☐ 31. 12.

des Jahres .....

☐ Abschließender Begleitbogen

<b>I. Kennzeichnung</b>						
1. Träger der Maßnahme						
2. Bezeichnung der Maßnahme						
3. Zeitplan						
Beginn:		<input type="text"/>		Ende:		<input type="text"/>
Gesamtdauer, Anzahl der Stunden		geplant   <input type="text"/>	bis zum Stichtag realisiert   <input type="text"/>			
- darunter <b>Qualifizierung<sup>2)</sup></b>		geplant   <input type="text"/>	bis zum Stichtag realisiert   <input type="text"/>			
davon theoretisch		geplant   <input type="text"/>	bis zum Stichtag realisiert   <input type="text"/>			
davon <b>berufspraktisch</b>		geplant   <input type="text"/>	bis zum Stichtag realisiert   <input type="text"/>			
- darunter <b>Beschäftigung<sup>2)</sup></b>		geplant   <input type="text"/>	bis zum Stichtag realisiert   <input type="text"/>			
<b>II. Zu erfassende bzw. erfaßte Personen</b>						
Zahl der Teilnehmer/innen und Status der Teilnehmer/innen						
darunter	insgesamt geplant	insgesamt realisiert	darunter Männer	Frauen	Ausländer/ innen	Behinderte
ESF-Ziel 3, Schwerpunkt 1 (Langzeitarbeitslose)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESF-Ziel 3, Schwerpunkt 2 (Jugendliche < 25 Jahre)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
insgesamt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anzahl Sozialhilfe- empfänger/innen	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

<sup>1)</sup> Zutreffendes bitte ankreuzen.<sup>2)</sup> Unterteilung nur bei AQUA erforderlich.

814

HI. zuschußfähige **Gesamtausgaben<sup>3)</sup>**

	geplante Ausgaben DM	aktualisierte Ausgaben DM	im Berichtszeitraum angefallene Ausgaben DM
1. Ausgaben für Beschäftigung von Fachpersonal einschl. Arbeitsplatzausgaben (4.3 des Antrags sowie <b>nichtgeförderte</b> Teile)			
2. Sächliche Ausgaben (4.1 des Antrags sowie nichtgeförderte Teile)			
3. Leistungen zum Lebensunterhalt (z.B. Lohn, Unterhaltsgeld, <b>Sozialhilfe</b> ) (4.5 des Antrags sowie nichtgeförderte Teile)			
4. sonstige Leistungen an Teilnehmer/innen (z.B.: Kinderbetreuung, Qualifizierungszuschuß etc.) ( <b>4.2, 4.6</b> des Antrags sowie <b>nichtgeförderte</b> Teile)			
5. Vorlaufphase (4.7 des Antrags sowie nichtgeförderte Teile)			
6. Nachbetreuung (4.8 des Antrags sowie nichtgeförderte Teile)			
7. Ausgaben für Reisen ins Ausland (4.9 des Antrags)			
8. Gesamtausgaben der Maßnahme (Summe 1.-7.)			
pro Teilnehmer/in			

<sup>3)</sup> Vgl. insoweit Nr. 3 des Antrags.



IV. Gesamtfinanzierung						
	geplante Ausgaben lt. Antragstellung DM	aktualisierte Ausgaben DM	seit Beginn der Maßnahme geflossene Mittel			
			19_____ DM	19_____ DM	19_____ DM	Insgesamt DM
1. Mittel des Bundes Mittel der Bundesantalt für Arbeit, sonst. öffentliche Mittel des Bundes						
2. Mittel d. Kreises/d. kreisfreien Stadt Sozialhilfe sonst. kommunale Mittel						
3. sonst. öffentliche Mittel (Zuwendungsgeber, Programm) .....						
4. Öffentliche Förderung insgesamt ohne Landesförderung Summe (1, 2, 3)						
5. Eigenanteil						
6. Einnahmen aus der Maßnahme						
7. Private Mittel Dritter						
8. Komplementärmittel insgesamt Summe (4+5+6+7)						
9. Zuwendungen nach Landesrichtlinien (lt. Zuwendungsbescheid)						
10. darunter <b>ESF-Mittel</b> <sup>*)</sup>						
11. darunter <b>Landesmittel</b> <sup>*)</sup>						
12. Gesamtfinanzierung Summe 8+9)						

\*) Die gekennzeichneten Felder werden von der Bewilligungsbehörde ausgefüllt

V. Gesamtfinanzierung (Zusammenfassung für die Abrechnung gegenüber der EU wird auf der Grundlage der Übersicht IV, von der Bewilligungsbehörde ausgefüllt.)						
	geplante Ausgaben lt. Antragstellung DM	aktualisierte Ausgaben DM	seit Beginn der Maßnahme geflossene Mittel			
			19____ DM	19____ DM	19____ DM	Insgesamt DM
1. Mittel des Bundes IV.1						
2. Sonstige öffentliche Mittel Summe IV.2, IV.3, IV.11						
3. ESF-Mittel IV.10						
4. Private Mittel Summe IV.5, IV.7						
5. Einnahmen aus der Maßnahme IV.6						
6. Gesamtfinanzierung IV.12						
7. Anteil 3. an 6. in v. H.						

(Zuwendungsempfänger/in)

....., den .....  
(Ort, Datum)

Auskünfte erteilt: .....

Telefon: .....

Fax: .....

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

.....

.....

**Verwendungsnachweis**

Betr.: Zuwendungen des Landes **Nordrhein-Westfalen** und der Europäischen Union  
hier: Programm „**Zielgruppenorientierte** Qualifizierung (**QUAZI**) - Existenzgründungshilfen"

Durch Zuwendungsbescheid(e) des (Bewilligungsbehörde)

vom	<b>Az.:</b>	über	DM
vom	<b>Az.:</b>	über	DM
vom	<b>Az.:</b>	über	DM

wurden zur Finanzierung der o.a. Maßnahme insgesamt bewilligt	DM
---	----

**I. Sachbericht****Darstellung der Existenzgründung**

(u.a. Beginn, Dauer, Branche, in der die Gründung angesiedelt ist, Erfahrungen, etwaige Abweichungen von den dem Zuwendungsbescheid zugrundeliegenden Planungen)

814

**II. Bestätigungen**

Es wird bestätigt, daß

- die Allgemeinen und Besonderen Nebenbestimmungen des Zuwendungsbescheides beachtet wurden,
- die Ausgaben notwendig waren, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist und die Angaben im Verwendungsnachweis mit den Büchern und Belegen bzw. mit den sonstigen Unterlagen übereinstimmen.

.....  
(Ort, Datum).....  
(Rechtsverbindliche Unterschrift)**Ergebnis der Prüfung durch die Bewilligungsbehörde  
(Nr. 12.2 W bzw. Nr. 7 ANBest-P)**

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

.....  
(Ort, Datum).....  
(Unterschrift)

<sup>1)</sup> Nichtzutreffendes bitte streichen.