

MONATLICHER TEILNAHMENACHWEIS*

Nachweis über¹

☐ **Coaching gem. Förderbaustein nach Nr. 2.1**

Aktenzeichen (AZ) des Zuwendungsbescheides: _____

Zuwendungsempfangende/Einrichtung: _____

Gesamter Durchführungszeitraum der Maßnahme: _____ bis _____

Name, Vorname des Coachs/ des Zuwendungsempfängenden: _____

Monat / Jahr: _____

**) Gilt mit Gegenzeichnung des Coachs/ des Zuwendungsempfängenden auch als monatlich unterschriebene Erklärung zum Nachweis der Beratung nach Nummer 2.1. Es wird ein Betreuungsschlüssel vom 1:20 zugrunde gelegt. Für Ein- und Austritte aus der Beratung wird eine gewisse Flexibilität zugelassen, so dass freiwerdende Betreuungsplätze im Coaching nach Möglichkeit nachzubeseetzen sind.*

Lfd. Nr.	Name, Vorname des Teilnehmenden	Unterschrift des Teilnehmenden	Datum der Beratung
1			-
2			-
3			-
4			-
5			-
6			-
7			-
8			-
9			-
10			-
11			-
12			-

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen

Lfd. Nr.	Name, Vorname des Teilnehmenden	Unterschrift des Teilnehmenden	Datum der Beratung
13			-
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Bestätigung des Coachs/ des Zuwendungsempfängenden: _____
(Unterschrift)