|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SGB II AGH** | |  | | | Jobcenter Vorschlag BMAS..jpg |
| **AGH-Nr.:** | |
| **Kunden-Nr. Betrieb:** | | | |  |  |
|  | | | |  |  |
|  | | | |  | Eingangsvermerk: |
| Firmenbezeichnung und Anschrift | | | |  |
|  | | | |  | |
| Jobcenter Leipzig  Team 531  Postfach 100 831  04008 Leipzig | | | |  | |
|  |  | |  |  | |

## Arbeitsgelegenheiten

## nach § 16 d Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II)

## Monatsabrechnung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Träger der AGH-Maßnahme:** |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Straße, Nr.: |  |  |
|  | PLZ, Ort: |  |  |
|  | | | |
| **2.** | **Kurzbezeichnung der Maßnahme** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | | |
| **3.** | **Abrechnungsmonat:** |  |  |
|  | | | |

**Erklärung des Trägers**

Ich versichere, dass ausschließlich vom Jobcenter Leipzig zugewiesene erwerbsfähige Leistungs­berechtigte nach dem SGB II in den im Förderantrag und im Bewilligungsbescheid beschriebenen Tätigkeiten im Rahmen von Sozialrechtsverhältnissen beschäftigt werden, und dass die Mehraufwandsentschädigungen ohne Abzug unverzüglich an die Teilnehmer weitergegeben werden.

Die Anlagen 1 (Monatsbericht) und 2 (Anwesenheitsliste) sind vollständig ausgefüllt.

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben und beantrage für die nachstehenden Teilnehmer die Auszahlung von pauschalen Förderleistungen auf das im Förderantrag angegebene Konto. Meine Aufwendungen im Zusammenhang mit den o. g. Arbeitsgelegenheiten entsprechen mindestens den bewilligten Förderleistungen. Leistungen Dritter sind dabei berücksichtigt.

**Erläuterungen zur Monatsabrechnung**

Die Abrechnung der Maßnahmekostenpauschale erfolgt auf Grundlage eines monatlichen Nachweises (bis zum 15. des Folgemonats) über die Anwesenheit der zugewiesenen Teilnehmer.

Die bewilligte wöchentliche Arbeitszeit ist einzuhalten.

Maßnahmekosten sind nur für Zeiten förderbar, in denen die AGH-Plätze besetzt waren oder als besetzt anerkannt wurden.

Teilnahmetage (TNT) sind Kalendertage, an denen die AGH-Plätze besetzt sind.

Samstage, Sonn- und Feiertage gelten als Teilnahmetage, soweit der erwerbsfähige Leistungsberechtigte als Teilnehmer gilt.

Anerkannte Teilnahmetage (aTNT) sind Kalendertage, an denen die AGH-Plätze vom Jobcenter Leipzig als besetzt anerkannt werden.

Urlaubstage der Teilnehmer (bis zu 2 Tage je vollem Kalendermonat) gelten als besetzter AGH-Platz.  
Grundsätzlich sollte es den AGH-Teilnehmern ermöglicht werden, einen erworbenen Urlaubsanspruch auch geblockt über mehrere Tage am Stück z. B. vor Beendigung der Maßnahme geltend zu machen.  
Erhält der Teilnehmer den bewilligten Urlaub im Voraus, so wird im Falle des vorzeitigen Ausscheidens aus der AGH die Maßnahmekostenpauschale für diese Tage nicht ausgezahlt.

Ebenso wird für Zeiten bzw. Tage, an denen eine Arbeitsgelegenheit nicht besetzt ist, die Maßnahmekostenpauschale nicht gezahlt.

Bei Abwesenheitstagen wegen Krankheit oder unentschuldigten Fehlens gilt folgende Regelung:

Immer montags sind die Fehlzeiten der vergangenen Woche an den für die Maßnahme zuständigen Ansprechpartner im Team 991 schriftlich zu melden. Dies gilt auch, wenn der Teilnehmer zwischenzeitlich wieder in der Maßnahme anwesend ist.

Bei Arbeitsunfähigkeit hat der Teilnehmer der AGH ab dem ersten Krankheitstag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beim Träger vorzulegen. Dieser leitet die Bescheinigung zeitnah an das Jobcenter Leipzig weiter.  
Nicht bescheinigte Krankheitstage gelten als unentschuldigtes Fehlen.

Für jeden Teilnahmetag wird 1/30 der bewilligten monatlichen Maßnahmekostenpauschale ausgezahlt. Teilmonate sind in Kalendertagen (höchstens 29) anzugeben.  
In Anlehnung an § 339 Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) wird für die Berechnung von Leistungen ein Kalendermonat mit 30 Tagen berechnet.

Die Mehraufwandsentschädigung für den Teilnehmer ist nur für tatsächlich geleistete Beschäftigungsstunden zu zahlen und ist vom Träger unverzüglich und ohne Abzug an den Teilnehmer weiterzugeben.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Erklärung des Trägers der Maßnahme: | | | | |
| Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. | | | | |
|  | , den |  |  |  |
| (Ort) |  | (Datum) |  | (Unterschrift des Maßnahmeträgers) |