

Stellenbeschreibung	
– gleichzeitig Stellenangebot für die Zuweisung –	
Anlage zu Nr. 3 des Antrages auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit <input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen	
Träger der Maßnahme: _____ Betriebsnummer (falls bekannt): _____	
Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____	
1.	Tätigkeitsbeschreibung für _____ Kräfte
2.	Bezeichnung der Tätigkeit: _____
3.	<p>Tätigkeitsbeschreibung/Anforderungen (berufliche Mindestkenntnisse und –fertigkeiten, körperliche Anforderungen, soziale Kompetenzen):</p> <p><input type="checkbox"/> Berufliche Mindestkenntnisse: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Berufliche Mindestfertigkeiten: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Körperliche Anforderungen: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Soziale Kompetenzen: _____</p>
3.1	<p>Zielgruppe</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> Jugendliche bis 25 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> Ältere ab 58 Jahren</p> <p><input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose ältere Menschen</p> <p><input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose</p> <p><input type="checkbox"/> Geringqualifizierte</p> <p><input type="checkbox"/> Behinderte</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><input type="checkbox"/> Alleinerziehende</p> <p><input type="checkbox"/> Berufsrückkehrer</p> <p><input type="checkbox"/> erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p> </div> </div>
3.2	<p>Qualifizierung/Praktikum</p> <p>Ist bei der Maßnahme eine Qualifizierung und/ oder betriebliches Praktikum vorgesehen? Ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">↓</p> <p>Wenn ja , siehe</p> <p><input type="checkbox"/> Grobplanung im Antrag AGH 3 Ziffer 2.6</p>
4.	Tätigkeitsort/e (Bitte genaue Anschrift angeben) _____
4.1	Einsatzstelle (soweit nicht Träger der Maßnahme): _____
5.	Vorgeschlagene Mehraufwandsentschädigung: 1 € je Stunde
6.	Zeitlicher Umfang: _____ Stunden /wöchentlich
7.	<p>Lage und Verteilung der Arbeitszeit:</p> <p><input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Gleitend <input type="checkbox"/> Schicht von _____ bis _____ Uhr</p> <p><input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So</p>

8.	Dauer der Tätigkeit: von _____ bis _____
9.	Vorzustellen bei/ Rückfragen an: Herrn/Frau _____ Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____ Internet: _____
10.	Für den Maßnahmeträger: Stempel _____, den _____ (Ort) (Datum) (Unterschrift)
11.	Für die Einsatzstelle (Unterschrift nur erforderlich, wenn Angaben unter 4.1) Stempel _____, den _____ (Ort) (Datum) (Unterschrift)