

Stunden-, Tätigkeitsnachweis und Abrechnung für Arbeitsgelegenheiten gem. § 16d SGB II

Rücksendung an:

Landkreis Vorpommern-Rügen

Eigenbetrieb Jobcenter

Carl-Heydemann-Ring 98

18437 Stralsund

E-Mail: kjc-egl@lk-vr.de

Teilnehmer*innen- name:				
Maßnahmeträger:				
Anschrift Maßnah- meträger:				
Maßnahmebezeich- nung:				
Maßnahmenum- mer:				
Ansprechperson				
Telefon-Nr. beim Träger:				
Teilnahme	von		bis	
Monat / Jahr der Abrechnung:				

Tag	Kurzzei- chen	AZ von	AZ bis	Stun- den- zahl	Tätigkeitsbeschreibung	Bemerkungen
1						
2						
3						
4						

Tag	Kurzzei- chen	AZ von	AZ bis	Stun- den- zahl	Tätigkeitsbeschreibung	Bemerkungen
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

Tag	Kurzzeichen	AZ von	AZ bis	Stunden- zahl	Tätigkeitsbeschreibung	Bemerkungen
24						
25						
26						
27						
28						
29						
	Summe					

Es wird versichert, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort / Datum

Unterschrift des Teilnehmenden

Unterschrift Träger

Legende Kurzzeichen:

A = anwesend

F = Feiertag

U = Urlaub

EF = entsch. Fehlen

UF = unentsch. Fehlen

K = krank mit Attest

V = Vorstellungsgespräch

S = sonstiges