



AGH Maßnahme-Nr.: _____

Tätigkeitsbeschreibung	
Anlage 3b zu Nr. 3 und 4 des Antrages auf Förderung einer Arbeitsgelegenheit	
<input type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen	
Träger der Maßnahme: _____	
Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____	
1.	Tätigkeitsbeschreibung für _____ AGH-Plätze
2.	Bezeichnung der Tätigkeit: _____
3.	Tätigkeitsbeschreibung/Anforderungen (berufliche Mindestkenntnisse und –fertigkeiten, körperliche Anforderungen soziale Kompetenzen): _____
3.1	Teilnehmer/ Zuweisung In die Arbeitsgelegenheiten sollen insbesondere folgende Personengruppen zugewiesen werden (z.B. Langzeitarbeitslose, Schwerbehinderte, Ältere (50 Jahre und älter), Berufsrückkehrer): Bitte benennen: _____
4.	Ausführung der Arbeiten bei (bitte genaue Bezeichnung und Anschrift angeben)
4.1	<input type="checkbox"/> Maßnahmeträger _____
4.2	<input type="checkbox"/> Einsatzstelle _____
4.3	Tätigkeitseinrichtung und Tätigkeitsort/e (bitte Bezeichnung und genaue Anschrift angeben, ggf. mit Lageplan) _____
5.	Vorgeschlagene Mehraufwandsentschädigung: _____ € je Stunde
6.	Zeitlicher Umfang: _____ Stunden /wöchentlich
7.	Lage und Verteilung der Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit - Vormittag <input type="checkbox"/> Teilzeit – Nachmittag <input type="checkbox"/> Teilzeit – Abend <input type="checkbox"/> Teilzeit – flexibel <input type="checkbox"/> Teilzeit – Schicht <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Wochenende <input type="checkbox"/> Nacharbeit <input type="checkbox"/> Schicht Regelmäßige Arbeitszeit von _____ bis _____ Uhr Regelmäßige Arbeitstage <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
8.	Dauer der Tätigkeit: von _____ bis _____(Datum)
9.	Ansprechpartner für den Teilnehmer (Maßnahmebetreuer/ In) beim Träger: Herr/Frau _____ Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____ Internet: _____

