Integrationsliste für …

Datum der Erstellung: (bitte immer angeben!)

Maßnahme / Bezeichnung: _____
Maßnahmenummer: _____
Träger: _____
Gesamtlaufzeit: _____
betrachtetes Quartal: _____

°BITTE NUR INTEGRATIONEN, DIE <u>WÄHREND ODER DIREKT</u> IM ANSCHLUSS AN DIE MASSNAHME ERFOLGTEN, ERFASSEN!

	Gesamt	Frauen	Männer	Migranten	Alleinerziehende
Teilnehmer					
Integrationen					
Abbrüche					
o. Anschlussperspektive					

Def. Integration: Aufnahme einer sozialvers.pflichtigen Beschäftigung ab 15 Wochenstunden
Def. Abbruch: Jeder vorzeitige Abbruch ohne Perspektive/Verbleib
Def. o. Anschlussperspektive: reguläre Teilnahme bis zum Ende ohne Anschlussperspektive

Kunden-nummer	Name	Beginn Maßnahme	Ende Maßnahme (indiv.)	Arbeitsaufnahme (soz.vers.) Beginndatum	Arbeitsaufnahme (geringfügig) Beginndatum	Aufnahme einer sonstigen Beschäftigung* Beginndatum	Teilnahme an Anschluss-maßnahme Beginndatum	Arbeitgeber	Tätigkeit (als …)	Arbeitszeit in Stunden (auch NV)	Förderung ja? / nein? (bitte Förderart angeben)	Bemerkungen

* sonstige Beschäftigung = Schule, Studium, Wehrdienst, FSJ u.ä.