



AGH-Nr.: _____

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: _____			
Kurzbezeichnung der Maßnahme: _____			
1.	Tätigkeitsbeschreibung für _____ Kräfte		
2.	Bezeichnung der Tätigkeit: _____		
3.	Tätigkeitsbeschreibung/Anforderungen (berufliche Mindestkenntnisse und –fertigkeiten, körperliche Anforderungen soziale Kompetenzen): _____		
3.1	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Zielgruppe <input type="checkbox"/> Jugendliche bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Ältere ab 58 Jahren <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose ältere Menschen <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose <input type="checkbox"/> Geringqualifizierte <input type="checkbox"/> Behinderte </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Alleinerziehende <input type="checkbox"/> Berufsrückkehrer <input type="checkbox"/> erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> Sonstige _____ </td> </tr> </table>	Zielgruppe <input type="checkbox"/> Jugendliche bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Ältere ab 58 Jahren <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose ältere Menschen <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose <input type="checkbox"/> Geringqualifizierte <input type="checkbox"/> Behinderte	<input type="checkbox"/> Alleinerziehende <input type="checkbox"/> Berufsrückkehrer <input type="checkbox"/> erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Zielgruppe <input type="checkbox"/> Jugendliche bis 25 Jahre <input type="checkbox"/> Ältere ab 58 Jahren <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose ältere Menschen <input type="checkbox"/> Langzeitarbeitslose <input type="checkbox"/> Geringqualifizierte <input type="checkbox"/> Behinderte	<input type="checkbox"/> Alleinerziehende <input type="checkbox"/> Berufsrückkehrer <input type="checkbox"/> erwerbsfähige Hilfebedürftige mit Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> Sonstige _____		
3.2	Qualifizierung/Praktikum Ist bei der Maßnahme eine Qualifizierung und/ oder betriebliches Praktikum vorgesehen? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">↓</div> Wenn ja , siehe <input type="checkbox"/> Grobplanung im Antrag AGH 3 Ziffer 2.6		
4.	Tätigkeitsort/e (Bitte genaue Anschrift angeben, ggf. mit Lageplan) _____		
4.1	Einsatzstelle: _____		
5.	Vorgeschlagene Mehraufwandsentschädigung: _____ € je Stunde		
6.	Zeitlicher Umfang: _____ Stunden /wöchentlich		
7.	Lage und Verteilung der Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Gleitend <input type="checkbox"/> Schicht von _____ bis _____ Uhr <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 _____		

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