**Ausbildungs- und Qualifizierungsbudget Jahr**

**Maßnahmendetails** *(bitte als Word-Dokument versenden)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Zuwendungsempfänger:** | Zuwendungsempfänger |
|  | **Bezeichnung der Einzelmaßnahme:** | Bezeichnung |
|  | **Aktenzeichen der Einzelmaßnahme lt. Antrag**  *(Beispiel: AQB2024-XXX-M1-01)* | AQB Jahr – Kürzel – M     - |
|  | **Ausführungen zur Einzelmaßnahme:** | Neue Maßnahme:  Fortführung der Maßnahme: Aktenzeichen angeben |
|  | **Ansprechpartner/in der GK für die Maßnahme:** | Name:  Telefonnummer:       E-Mail: |
|  | **Umsetzender Träger:**  **(ID, Name, Adresse)** | **Träger-ID** (siehe AQB-Portal):  Träger |
|  | **Maßnahmenart:** | M1  M2  M3  M4 |
|  | **Ausführungen bei Maßnahmenart 2:** | **Ausbildung**  **Ausbildungsberufe:**Ausbildungsberufe angeben  **Ausbildungscoaching** |
|  | **Für folgende Rechtskreise offen:** | Stille Reserve  SGB II  SGB III  SGB VIII  SGB XII  AsylbLG |
|  | **Ko-Finanzierung:**  *Bitte konkretisieren Sie die Mittelherkunft im jeweiligen Textfeld.* | Kommunale Mittel:  Bundesmittel:  Bundesagentur für Arbeit:  sonstige öffentliche Mittel:  private Mittel von    keine |
|  | **Weitergabe der Zuwendung als** | Vergabe   Zuwendung   Inhouse-Vergabe |
|  | **Gesamtdauer der Maßnahme:** | von       bis |
|  | **Plätze/Teilnehmende:** | geplante Anzahl Plätze je Durchlauf: ,  geplante Anzahl Teilnehmende aller Durchläufe:  *(kann bei mehreren Durchläufen von der Zahl der Plätze abweichen)*  Eine teilnehmende Person nimmt abzustimmende einzelne Termine  wahr.  Es handelt sich um eine Dauermaßnahme.  Es handelt sich um ein Beratungsprojekt, bei dem ein  nachvollziehbarer Verbleib nicht erwartet werden kann. |
|  | **Anzahl der geplanten Durchläufe:** |  |
|  | **Reguläre durchschnittliche Verweildauer pro TN in der Maßnahme:** | Tage       Wochen       Monate |
|  | **Monitoring:**  *(Monitoring findet nur bei einer Verweildauer über mehrere Wochen und wenn eine nachvollziehbare Änderung des Verbleibs erwartet werden kann, statt.)* | Monitoring erforderlich:  ja nein |
|  | **Ziel der Einzelmaßnahme:** *(bitte nur das Hauptziel auswählen – Mehrfachnennung nicht möglich)* | M1+ M2:Wählen Sie ein Element aus.  M3: Wählen Sie ein Element aus.  M4: (bitte frei formulieren)  Ziel der Maßnahme |
|  | **weitere Ausführungen zur Zielsetzung der Einzel-maßnahme:**  *(falls in Ziffer 17 nicht enthalten)* |  |
|  | **Zielgruppe:**  *Bitte hier die Haupt-Zielgruppe - bei Integrations-Maßnahmen grund-sätzlich immer „Migrantinnen / Migranten“- auswählen.* | Wählen Sie ein Element aus. |
|  | **zusätzliche Zielgruppen:**  *(falls in Ziffer 19 nicht enthalten)* |  |
|  | **Kurzbeschreibung der Inhalte: *- max. 650 Zeichen -***  *Der Text soll in die Datenbank des RP Kassel übertragen werden, bitte die Zeichenzahl von mx. 650 nicht überschreiten. Gerne können Sie auf einem gesonderten Blatt eine ausführliche Maßnahmenbeschreibung mit versenden.* |  |
|  | **Abgrenzung zum Regelsystem (SGB II/SGB III)** – *Mehrwert der Maßnahme gegenüber dem Regelsystem:*  *(Abgrenzung zu z.B. SGB II bzw. SGB III darstellen)* |  |
|  | **Datum:**  *(Stand der Maßnahmendetails)* |  |