**Erfolgsbeobachtung/-bilanz Arbeitsmarktdienstleistung**

*Vom durchführenden Maßnahmeträger nach Beendigung der Maßnahmelaufzeit auszufüllen und dem Kostenträger postalisch zu übermitteln.*

|  |
| --- |
| **Maßnahme:** |
| **Maßnahmeträger:** |
| Vergabe-Nr.:        | Maßnahme-Nr.:       | Los-Nr.:       |
| Maßnahmebeginn:       | Maßnahmeende:       | Stichtag:       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gesamt | männlich | weiblich |
| 1. Summe aller Teilnehmenden |       |       |       |
|  |
| 2. Arbeitsaufnahme innerhalb von 6 Monaten nach Austritt |       |       |       |
| davon |
|  2.1.svp Beschäftigung |       |       |       |
|  2.1. geringf. Beschäftigung |       |       |       |
|  2.1. selbst. Tätigkeit |       |       |       |
|  2.1. Art d. Tätigkeit unbekannt |       |       |       |
| 3. weiterer SGB II-Bezug (sofern nicht unter 2.erfasst) |       |       |       |
|  3.1. davon in Anschlussmaßnahme |       |       |       |
| 4. Verbleib nicht bekannt/ sonstiger Verbleib (sofern nicht unter 2. oder 3. erfasst) |       |       |       |

Anmerkungen:

|  |
| --- |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
|      Ort, Datum  | Stempel/ Unterschrift des Maßnahmeträgers |