**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 |