Name des Trägers

PRO Arbeit – kommunales Jobcenter Oder-Spree

Landkreis Oder-Spree

Eingangsstempel

**Die Fehlzeitenmeldung ist teilnehmerbezogen für jeden Kalendermonat zu erstellen, wenn unentschuldigte Fehltage (Fehltage ohne wichtigen Grund) vorliegen und zusammen mit der Anwesenheitsliste bis zum 5. Arbeitstag des Folgemonats einzureichen bei**

Landkreis Oder-Spree

PRO Arbeit – kommunales Jobcenter Oder-Spree

GB Regionaler Arbeitsmarkt

Breitscheidstraße 7

15848 Beeskow

**Individuelle Meldung unentschuldigter Fehlzeiten**

Monat/Jahr       /

Maßnahmebezeichnung

|  |  |
| --- | --- |
| **Auszubildender / Teilnehmer** | |
| **Familienname, Vorname(en)** |  |
| **Geburtsdatum** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Fehlzeitenmeldung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vom Träger auszufüllen  UE - unentschuldigte Fehltage X - Feiertage / Wochenende / - 29./ 30./ 31. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Stellungnahme des Trägers zum Erreichen des Maßnahmeziels:** | |
| **Das Maßnahmeziel wird** | |
| trotz bisheriger Fehltag voraussichtlich noch erreicht, weil: | |
|  |  |
| aufgrund der bisherigen Fehltage voraussichtlich nicht mehr erreichte, weil | |
|  |  |
| Stellungnahme des Trägers zu den durch den Teilnehmer vorgebrachten Gründen (Punkt 3) bezüglich der Fehlzeiten: | |
|  |  |
| Sonstige Mitteilungen des Trägers: | |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben!**  Diese Bescheinigung ist eine Urkunde und stellt die Grundlage für die Auszahlung von Leistungen zur Eingliederung an den Teilnehmer dar. Wir bitten Sie daher Ihrer Auskunftspflicht nach §§ 60 ff. SGB II nachzukommen. | | |
| Ort, Datum |  | Stempel / Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Stellungnahme des Teilnehmers zu den Fehlzeiten:** | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. Weitere Teilnahme** | | | |
| Ich nehme weiter an der Maßnahme teil. | | | |
| Ich kann / möchte ab dem | |  | nicht mehr an der Maßnahme teilnehmen, weil: |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des Auszubildenden |
|  |  |  |