|  |
| --- |
| **Interner Bearbeitungsvermerk** |
| Eingegangen am: |       |
| Bearbeitungsnummer: |       |

|  |
| --- |
| Operativer Service Sachsen-AnhaltTeam 043 – KostenzustimmungSachsen-Anhalt.043-OS@arbeitsagentur.de |

|  |
| --- |
| **Kostenvorlage bei der Bundesagentur für Arbeit**vertreten durch den Operativen Service Sachsen-AnhaltRechtsgrundlage: § 179 Abs. 2 SGB III i.V.m. § 3 Abs. 6 AZAV**Maßnahme: Ganzheitliche Betreuung nach § 16k SGB II** |

|  |
| --- |
| **Allgemeine Hinweise**Die Kostenvorlage ist von der einreichenden fachkundigen Stelle (FKS) auszufüllen und an den OS Sachsen-Anhalt via E-Mail an das Postfach Sachsen-Anhalt.043-OS@arbeitsagentur.de zu übersenden.Der Kostenvorlage sind ausschließlich die Unterlagen beizufügen, die Ihr Prüfergebnis stützen und auf die jeweils konkret Bezug genommen wird. Nummerieren Sie bitte die beigefügten Anlagen. |

**Name und Anschrift der einreichenden fachkundigen Stelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |       |
| Straße, Hausnummer |       |
| PLZ, Ort |       |

**Kontaktdaten der einreichenden fachkundigen Stelle**

Sofern vorhanden, bitte E-Mail-Adresse eines Organisations-Postfachs angeben

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner |       |
| Telefonnummer |       |
| E-Mailadresse |       |

**Kontaktdaten des Maßnahmeträgers**

|  |  |
| --- | --- |
| Trägername |       |
| Straße, Hausnummer |       |
| PLZ, Ort |       |
| E-Mailadresse |       |

**1. Bewertungsgegenstand der Kostenvorlage**

**Diese Informationen sind zwingend erforderlich zur Bewertung des besonderen arbeitsmarktpolitischen Interesses und der notwendigen überdurchschnittlichen/ besonderen Aufwendungen.**

|  |  |
| --- | --- |
| Es handelt sich um folgende Maßnahme: |  |
| **Ganzheitliche Betreuung nach § 16k SGB II** |
| Titel der Maßnahme:Titel der Maßnahme, wie er auf der Zulassungsurkunde ausgewiesen wird: |  |
| B-DKS: |  |
| Geplanter Kostensatz je Betreuungseinheit: |  |
| Überschreitung des B-DKS in % |  |
| Maßnahmeort/e:(inkl. Bundesland) |  |

|  |
| --- |
| **2. Konzeptionelle Inhalte zur Bewertung des arbeitsmarktpolitischen Interesses** |
| Bei der Bewertung des arbeitsmarktpolitischen Interesses bei Maßnahmen nach § 16k SGB II ist entscheidend, ob die Maßnahme geeignet ist, den Aufbau der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten zu fördern.Ziel der Maßnahmen nach § 16k SGB II ist es, die Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern, indem berufliche Handlungskompetenzen gefördert sowie persönliche oder soziale Hindernisse beseitigt werden, die eine Intergration in den Arbeitsmarkt erschweren. |

|  |
| --- |
| **2.1 Maßnahmeinhalte** |
| Stellen Sie die Maßnahmeinhalte dar und beschreiben Sie konkret, wodurch die Maßnahme geeignet ist, den Aufbau der Beschäftigungsfähigkeit von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten zu fördern (z.B. Interventions- und Beratungsformen, flexible Reaktion auf individuelle Bedarfe). Sofern es eine konzeptionelle Festlegung des Trägers auf ausgewählte Zielgruppen gibt, gehen Sie hierauf bitte ebenfalls ein.  |
|  |

|  |
| --- |
| **2.2 Regionale Netzwerke** |
| Beschreiben Sie das regionale Netzwerk des Trägers und stellen Sie die Formen der Zusammenarbeit dar. Gehen Sie darauf ein, inwieweit das Netzwerk die Maßnahmeinhalte unterstützt und die individuelle Bedarfslage der Teilnehmenden positiv beeinflusst. |
|  |

|  |
| --- |
| **3. Nachweis der notwendigen besonderen/ überdurchschnittlichen Aufwendungen** |
| Im Rahmen Ihrer Prüfung nach § 3 Abs. 4 AZAV identifizieren Sie als fachkundige Stelle die besonderen Aufwendungen, die zu einer B-DKS-Überschreitung führen. Beantworten Sie hierzu die folgenden Zielfragen: |

|  |
| --- |
| **3.1 Benennen Sie stichpunktartig die Gründe für die B-DKS-Überschreitung.** |
| Die ausführliche Begründung je Stichpunkt ist unter den Ziffern 3.2 - 3.4 zu erfassen. |
|  |

|  |
| --- |
| **3.2 Legen Sie dar, wie Sie zu der Schlussfolgerung kommen, dass allein die von Ihnen benannten Gründe die vorliegende B-DKS-Überschreitung verursachen.** |
|       |
| Als Nachweis dieser Angaben dienen die folgenden, in der Anlage befindlichen Dokumente (Aufzählung inklusive Nummerierung): |
|  |

|  |
| --- |
| **3.3. Inwiefern sind die unter Punkt 3.1 benannten Gründe zum Erreichen des Maßnahmezieles notwendig?** |
| Gehen Sie auch darauf ein, warum kein milderes und gleich geeignetes Mittel zum Einsatz kommen kann. Legen Sie hierfür geeignete Belege (z.B. gesetzliche Regelungen, Erklärungen) vor.  |
|  |
| Als Nachweis dieser Angaben dienen die folgenden, in der Anlage befindlichen Dokumente (Aufzählung inklusive Nummerierung): |
|  |

|  |
| --- |
| **3.4 Weisen Sie die Notwendigkeit der besonderen Aufwendungen bezüglich der Höhe der Kostenund des erforderlichen Umfangs mit geeigneten Belegen nach.** |
| Gehen die angesetzten Aufwände (beispielsweise zeitlicher Umfang, Kosten) aus den Nachweisen nicht hervor, ist hierfür die entsprechende Herleitung erforderlich. |
|       |
| Als Nachweis dieser Angaben dienen die folgenden, in der Anlage befindlichen Dokumente (Aufzählung inklusive Nummerierung): |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Ergänzende Hinweise der FKS** |
| z.B.: vorangegangene Kostenzustimmungsverfahren, ähnliche Kostenvorlagen |
|       |

|  |
| --- |
|  **Erklärung gegenüber der Bundesagentur für Arbeit** **Erklärung über die vollständige und den Vorgaben des SGB III sowie der AZAV entsprechende Prüfung der eingereichten Maßnahme** Es wird gegenüber der Bundesagentur für Arbeit versichert, dass die der Kostenvorlage zugrundeliegende Maßnahme anhand aller durch den beauftragenden Träger eingereichten Unterlagen abschließend geprüft wurde und den Vorgaben des Gesetzes sowie den Regelungen der AZAV, den Empfehlungen des Beirates und den Umsetzungshinweisen entspricht. Die Kosten wurden sachgerecht ermittelt, sind angemessen und wirtschaftlich und die Überschreitung ist auf notwendige besondere Aufwendungen zurückzuführen.  Die gemachten Angaben sind vollständig und richtig.  Eine Offenlegung von Nachweisen, die kostenzustimmungsrelevante Inhalte i.S.d. § 3 Abs. 6 AZAV betreffen, kann auf Verlangen der Bundesagentur für Arbeit zu jedem Zeitpunkt gewährleistet werden. |
| Ort | Datum |
| Unterschrift der fachkundigen Stelle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |