**MONATLICHER TEILNAHMENACHWEIS**

**Nachweis über den Erhalt von ALG II-Leistungen**

Geschäftszeichen (GZ) des Zuwendungsbescheides:

Zuwendungsempfangende/Einrichtung:

ggf. Weiterleitungspartner:

Gesamter Durchführungszeitraum der Maßnahme: bis

Name, Vorname der pädagogischen Fachkraft bzw. des Fachanleiters:

Monat / Jahr:

*Hinweis: Die Daten des monatlichen Teilnahmenachweises sind mit den Eingaben im Begleitsystem*

*ABBA-Online abzugleichen.*

*\* Mit der Unterschrift erklärt der Teilnehmende, dass er Bezieher von ALG II-Leistungen ist.*

| **Lfd.****Nr.** | **Name, Vorname****des Teilnehmenden** | **Unterschrift** **des Teilnehmenden\*** |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |  |

*Hinweis: ggf. Tabelle erweitern durch markieren und kopieren der letzten Zeile und darunter* einfügen