

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
Sozialagentur Sachsen-Anhalt	 MANSFELD SÜDHARZ	Amt für Soziales und Integration Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12 06526 Sangerhausen
	Aktenzeichen:	Eingangsstempel:

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	ANLAGE	
	Umsetzung des Untersuchungsgrundsatzes nach § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und der Beweismittelbedienung nach § 21 SGB X	
	ARBEITGEBERBESTÄTIGUNG	
	über die Nichtbeendigung eines bestehenden Beschäftigungs-verhältnisses zwecks Inanspruchnahme der Leistungen des Budgets für Arbeit gemäß § 61 Abs. 3 SGB IX	
	– Ist vom Arbeitgeber auszufüllen. –	
	Gemäß § 60 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 sowie Absatz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat, wer Sozialleistungen beantragt, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen Beweisurkunden vorzulegen. Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.	
	Angaben des Arbeitgebers:	
	Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	
	Datum der Arbeitsaufnahme	Arbeits- bzw. Einsatzort
	Bestätigung:	
Hiermit wird versichert, dass kein anderes Beschäftigungsverhältnis beendet wurde, um Herrn/Frau _____ ersatzweise einzustellen und um dadurch einen Lohnkostenzuschuss zu erhalten.		
Weiterhin wird hiermit bestätigt, dass in dem Betrieb bereits für folgende Person/en eine Leistung des Budgets für Arbeit nach § 111 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. § 61 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) gefördert wird: Herrn/Frau _____ Herrn/Frau _____ Herrn/Frau _____ Herrn/Frau _____		

Rechtsverbindliche Unterschrift	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift (vollständiger Name)