|  |
| --- |
| **Tätigkeitsnachweis****zur pauschalierten Zuweisung für den Einsatz von Sozialpädagogen**gemäß § 6 Berufsvorbereitungsjahrzuweisungsverordnung – BVJZuwVO vom 30.04.2019 |
|  |
| **Zuweisungsempfänger:** |  |
|  |  |
| **Anschrift:** |  |
|  |
| **Ansprechpartner:** |  |
| Telefon und Fax: |  |
| E-Mail: |  |
|  |  |
| **Sozialpädagogische Betreuung im Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)** |
| am BSZ: |  |
| Anschrift der Schule: |  |
|  |  |
| **Zuweisungszeitraum:**  **01.08.20XX – 31.07.20 XX** |
|  |  |
| Anzahl Klassen BVJ | Stellenanteile laut § 3 BVJZuwVO | Stellenanteile gesamt |
| 1. Klasse | 0,75 VzÄ | möglicher Anteil laut § 3: **x,xx** VzÄ |
| **x** weitere Klassen | **x** \* 0,25 VzÄ | tatsächlicher Anteil: **x,xx** VzÄ |
|  |
| **Mit Bescheid vom** |  | **(Az.:** |  | **) wurde ein Zuschuss** |
| **zu den Personalkosten gemäß § 3 BVJZuwVO in Höhe von insgesamt** |  | **EUR** |
| **gewährt.** |  |  |
|  |
| Der ordnungsgemäße Einsatz der nachfolgend benannten sozialpädagogischen Fachkraft/Fachkräfte - einschließlich ihrer Vertretungen - im BVJ für den angegebenen Zeitraum wird hiermit bestätigt: |
|  |
|  | Fachkraft/Fachkräfte | Zeitraum von ……… bis …….… |
| 1. | Name, Vorname: |  |  |
|  | Stellenanteil: |  |  |
|  | Qualifikation: |  |  |
| 2. | Name, Vorname: |  |  |
|  | Stellenanteil: |  |  |
|  | Qualifikation: |  |  |
| 3. | Name, Vorname: |  |  |
|  | Stellenanteil: |  |  |
|  | Qualifikation: |  |  |
| 4. | Name, Vorname: |  |  |
|  | Stellenanteil: |  |  |
|  | Qualifikation: |  |  |
|  |  |  |
| (ggf. weitere Personen ergänzen) |
| [ ]  | Mindestens eine Fachkraft weist für den genannten Zeitraum Fehlzeiten auf. Für die Auflistung der Fehlzeiten 🡪 siehe **Anlage 1** zum Tätigkeitsnachweis. |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Schulleiterin/Schulleiter |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wurde der Zuweisungszweck erreicht? | [ ]  | Ja | [ ]  | Nein**\*** |
|  |
| **\*** Der Zuweisungszweck wurde aus nachfolgendem Grund nicht erreicht und konnte auch auf andere Weise nicht sichergestellt werden: |
|  |
| 1. [ ]  | Die sozialpädagogische Fachkraft hat ihre Tätigkeit vom |  | bis zum |
|  |  | nicht aufgenommen. |
|  |  |  |
| 2. [ ]  | Die sozialpädagogische Fachkraft ist über einen Zeitraum von mehr als sechs Wochen krankheits-bedingt ausgefallen. |
|  | Zeitraum: |  |  |
|  |  |  |  |
| 3. [ ]  | Die sozialpädagogische Fachkraft durfte auf Grund von Schutzfristen des Mutterschutzgesetzes nicht beschäftigt werden. |
|  | Zeitraum: |  |  |
|  |  |  |  |
| Wurden die Mittel zweckentsprechend als Zuschuss zu den Personalkosten verwendet? |
|  | [ ]  | Ja | [ ]  | Nein**\*\*** |
|  |
| \*\* Gründe für nicht zweckentsprechende Verwendung der Mittel: |
|  |
|  |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Schulleiterin/Schulleiter |

|  |
| --- |
| **Bearbeitungsvermerk des Landesamtes für Schule und Bildung** |
|  |  |
| Eingang des Tätigkeitsnachweises nach § 6 BVJZuwVO am: |  |
|  |  |
| Die Vollständigkeit des Tätigkeitsnachweises liegt vor: | [ ]  | Ja | [ ]  | Nein |
|  |  |  |  |  |
| 🡪 Folgendes ist nachzufordern: |
|  |
|  |
| Der Zuweisungszweck wurde erreicht: | [ ]  | Ja | [ ]  | Nein |
|  |  |  |  |  |
| Die Mittel wurden zweckentsprechend verwendet: | [ ]  | Ja | [ ]  | Nein |
|  |  |
| 🡪 ggf. Höhe der Rückforderung: |  | **EUR** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |

|  |
| --- |
| **Anlage zum Tätigkeitsnachweis**  |
|  |
| Anlage zur Auflistung der Zeiträume, an denen die sozialpädagogische/n Fachkraft/Fachkräfte |
| nicht wie vorgesehen am BSZ |  | tätig war(en). |
|  |  |  |
| Name, Vorname der sozialpäd. Fachkraft: |  |
| In folgenden Zeiträumen war die sozialpädagogische Fachkraft nicht am BSZ tätig: |
|  |  |
| Zeitraum von … bis …(von Schulleiter/in auszufüllen) | Grund des Fehlens(vom Schulträger auszufüllen) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| Name, Vorname der sozialpäd. Fachkraft: |  |
| In folgenden Zeiträumen war die sozialpädagogische Fachkraft nicht am BSZ tätig: |
|  |  |
| Zeitraum von … bis …(von Schulleiter/in auszufüllen) | Grund des Fehlens(vom Schulträger auszufüllen) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| Name, Vorname der sozialpäd. Fachkraft: |  |
| In folgenden Zeiträumen war die sozialpädagogische Fachkraft nicht am BSZ tätig: |
|  |  |
| Zeitraum von … bis …(von Schulleiter/in auszufüllen) | Grund des Fehlens(vom Schulträger auszufüllen) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift Schulleiterin/Schulleiter |
|  |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift Schulträger |