|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | |