



3

# Abrechnungsliste Flüchtlingsintegrationsmaßnahme (FIM)

Betriebe-Kd.Nr.:

Maßnahmenummer: _____		Maßnahmeträger: _____		Datum: _____		<b>HINWEIS:</b> Die höheren notwendigen Kosten sind abzumelden über die Registerkarte des/der jeweiligen Teilnehmenden (TN-Nr. ...) zu erfassen. Das Ergebnis wird automatisch in die Abrechnungsliste übertragen und angezeigt. Nur wenn höhere notwendige Kosten an die/den Teilnehmende(n) ausbezahlt wurden, ist die jeweilige Registerkarte zu befüllen, auszudrucken und zusammen mit der Abrechnungsliste zu übersenden.		Stand: 12.08.2016	
Straße/Hausnr.: _____		Postleitzahl / Ort: _____							
Vertragslaufzeit von: _____ bis: _____		Antragstellende Behörde: _____							
Art der FIM: interne FIM		Trägerpauschale: 85 Euro		Monat: _____		Jahr: _____			
Kreditinstitut: _____		IBAN: _____		BIC: _____					
1.	Name, Vorname	Geburtsdatum	Einsatzort	Anzahl zugewiesene Kalendertage im Abrechnungsmonat:	Trägerpauschale (Euro)	Anzahl geleisteter Stunden im Abrechnungsmonat	Summe Mehraufwandsentschädigung im Abrechnungsmonat (Euro)	höhere notwendige Kosten (Euro) aus Anlage übernommen	Summe Mehraufwandsentschädigung + höhere notwendige Kosten (Euro)
2.					0,00		0,00	0,00	0,00
3.					0,00		0,00	0,00	0,00
4.					0,00		0,00	0,00	0,00
5.					0,00		0,00	0,00	0,00
6.					0,00		0,00	0,00	0,00
7.					0,00		0,00	0,00	0,00
8.					0,00		0,00	0,00	0,00
9.					0,00		0,00	0,00	0,00
10.					0,00		0,00	0,00	0,00
11.					0,00		0,00	0,00	0,00
12.					0,00		0,00	0,00	0,00
13.					0,00		0,00	0,00	0,00
14.					0,00		0,00	0,00	0,00
15.					0,00		0,00	0,00	0,00
<b>Summen (Euro):</b>					<b>0,00</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Summe gesamt (Euro):</b>					<b>0,00</b>				
<p>Ich bestätige, dass ich die Mehraufwandsentschädigung und die ggf. angefallenen höheren notwendigen Kosten an die/den Teilnehmende(n) ausbezahlt habe. Diese Kosten wurden durch Originalbelege nachgewiesen. Die Originalbelege bewahre ich mindestens 5 Jahre für Prüfzwecke auf und lege diese auf Anforderung der Agentur für Arbeit bzw. den Prüfinstanzen/-behörden vor.</p> <p style="text-align: center;"><b>Es wird bestätigt, dass diese Kosten nicht von einem Dritten erstattet werden.</b></p> <p style="text-align: right;">_____ Stempel / Unterschrift Maßnahmeträger</p>									



**Anlage zur Berechnung von höheren, notwendigen Kosten,**  
die durch die Teilnahme an einer FIM nach § 5a AsylbLG entstanden sind  
**Betriebe-Kd.-Nr.:**

3

zur Abrechnungsliste vom:			
Maßnahmeträger:			
Maßnahmenummer:			
Für die/den Teilnehmenden 1:			
Abrechnungsmonat:		Abrechnungsjahr	
Geleistete Stunden:	<b>0,00</b>	X Mehraufwandsentsch. à 0,80 € =	<b>0,00</b> Euro
Der/dem Teilnehmenden sind durch die Teilnahme tatsächlich notwendige Kosten (§ 5 Abs. 2 des Vertrages) entstanden, die durch Originalbelege nachgewiesen wurden und nicht durch Dritte übernommen werden und nicht durch Regelleistungen abgedeckt sind. Diese Kosten können bspw. angemessene Fahrkosten oder Verpflegungskosten, wenn keine Möglichkeit der Verpflegungsmitnahme besteht, sein.			
<b>Art der Aufwendung(en)</b>			Kosten in Euro
<b>Zwischensumme (Art der Aufwendung(en))</b>			<b>0,00</b>
<b>Abzüglich Mehraufwandsentschädigung für geleistete Arbeitsstunden</b>			<b>0,00</b>
<b>Summe (Höhere notwendige Kosten)</b>			<b>0,00</b>
<b>Erklärung des Maßnahmeträgers:</b> Die o. g. Kosten wurden durch Originalbelege nachgewiesen. Die Originalbelege bewahre ich mindestens 5 Jahre für Prüfwzwecke auf und lege diese auf Anforderung der Agentur für Arbeit bzw. den Prüfinstanzen/-behörden vor.			
Ort, Datum			Unterschrift des Maßnahmeträgers