|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | |

Kooperationsvereinbarung

zwischen

**Name und Adresse**

- nachfolgend „Träger“ genannt -

und

**Name und Adresse**

- nachfolgend „Kooperationspartner“ genannt -

wird das Nachstehende vereinbart:

1. Die Parteien beabsichtigen im **Rahmen der Schaffung von Arbeitsgelegenheiten nach § 16d Satz 2 Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SBG II)** gemeinsam tätig zu werden.

Die Projektdurchführung erfolgt gemäß der o. g. Gesetzlichkeiten und den daraus resultierendem Bewilligungsbescheid des Kommunalen Jobcenters Landkreis Leipzig an den Träger.

Grundlage der Zusammenarbeit ist die Konzeption des Trägers.

1. Träger der Maßnahme ist      .
2. Kooperationspartner des Trägers für die Bereitstellung von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung ist      .
3. Der Träger vergütet dem Kooperationspartner seine Aufwendungen mit       €/ Teilnehmer/in/ Monat.
4. Der Kooperationspartner stellt       Arbeitsgelegenheiten mit folgenden Titel/n:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zur Verfügung.

Die Beschäftigungszeit umfasst **wöchentlich** **Stunden** und wird auf       zur Verfügung stehende Arbeitstage verteilt werden.

1. Die Kooperationspartner arbeiten in der Betreuung der Teilnehmer eng zusammen.

Für den Träger       ist/ sind  Namen    , für den Kooperationspartner       ist/ sind  Namen     verantwortlich.

Individuelle Einzelheiten werden gesondert festgelegt.

1. Der Kooperationspartner meldet das Fernbleiben des Teilnehmers von der Arbeit unverzüglich dem Träger.
2. Der Träger teilt vor Beginn der Aktivitäten beim Kooperationspartner den/ die Namen des/r Teilnehmer/s schriftlich mit.
3. Während der Durchführung der Projekte werden die Teilnehmer/innen über den Träger unfall- und haftpflichtversichert.

Es gilt das Bundesurlaubsgesetz.

1. Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich gekündigt werden.

     

Ort, Datum Ort, Datum

Unterschrift Träger Unterschrift Kooperationspartner