

Formular: Eigenerklärung zum Referenzprojekt

|  |
| --- |
| Referenzprojekt Nr.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Projekterbringers/der Projekterbringerin |  |
| Projekttitel |  |
| Projektnummer |  |
| Regionale Geschäftsstelle des AMS (RGS) bzw. europ. Arbeitsmarktverwaltung |  |
| Beschreibung des Leistungsinhaltes  | unter besonderer Berücksichtigung von:* Einschlägige Kooperations- und Netzwerkverbindungen
* Kenntnisse der Versorgungsstruktur Suchtkranker
* Zielgruppenwissen zu Beschäftigungs-möglichkeiten und Vermittlungshindernissen
 |
| Zielgruppe |  |
| Anzahl der Teilnehmer/innen bzw. Transitarbeitsplätze bei SÖB |  |
| Name und Sitz des Förderungs-/Auftraggebers bzw. der Förderungs-/Auftraggeberin |  |
| Name & Kontakt der Auskunftsperson des Förderungs-/Auftraggebers bzw. der Förderungs-/Auftraggeberin |  |
| Zeit der Leistungserbringung/ LaufzeitAnfang / Ende (Datum) |  |
| Ort der Leistungserbringung |  |