

Bescheinigung des Arbeitgebers / Ausbildungsbetriebes

*Bitte verwenden Sie ausschließlich diesen Vordruck für die benötigten Angaben.
Betriebseigene Formulare werden bei der Antragsbearbeitung nicht anerkannt.*

Frau / Herr, geb. am,

ist seit in meinem Unternehmen beschäftigt.

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt Stunden / Woche.

- ☐ Das Arbeitsverhältnis ist befristet bis und bis heute ungekündigt.
- ☐ Das Ausbildungsverhältnis ist befristet bis und bis heute ungekündigt.
- ☐ Das Arbeitsverhältnis ist unbefristet und bis heute ungekündigt.
- ☐ Die Probezeit endet/e am
- ☐ Das Arbeits-/Ausbildungsverhältnis wurde zumgekündigt.

Angaben zur Krankenkasse der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers:

.....

(Datum, Firmenstempel, Unterschrift)