

Bescheinigung zur Bedarfsprüfung für öffentliche Förderung in Kindertageseinrichtungen

Herr/Frau _____, geb. _____,

wohnhaft in _____

ist seit dem / ab dem _____ beschäftigt/ Teilnehmer einer Schul- / Hochschul- / beruflichen Bildungsmaßnahme / Maßnahme zur Eingliederung in Arbeit im Sinne des SGB II (nicht zutreffendes streichen).

Das Beschäftigungsverhältnis / die Ausbildung / die Maßnahme ist unbefristet / befristet bis zum _____.

Die regelmäßige wöchentliche Arbeits- / Ausbildungs- /Präsenzzeit beträgt _____ Stunden.

Sofern feste Arbeits- / Ausbildungs- / Präsenzzeiten vereinbart worden sind, tragen Sie diese bitte in die nachstehende Tabelle ein. Bei Schichtdienst tragen Sie bitte die Zeiten in die letzten 3 Zeilen ein.

	von	bis (Uhrzeit)	von	bis (Uhrzeit)	Gesamtstunden
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					

Anschrift des Arbeitgebers / Bildungs- / Maßnahmeträgers

Name	
Straße	
Ort	
Tel.-Nr.	

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers/Bildungs-/Maßnahmeträgers

Zurück an: Kreis Ostholstein, Der Landrat, Fachdienst 5.10, Postfach 4 33, 23694 Eutin