

Firma, Name, Anschrift

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Amt Schrevenborn  
Der Amtsdirektor  
Fachbereich IV  
Fachdienst für Sozialwesen  
Dorfplatz 2  
24226 Heikendorf

**Berufstätigkeitsnachweis  
zum Antrag auf Ermäßigung / Übernahme des Elternbeitrages in einer  
Kindertageseinrichtung**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Vorname, Name d. Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdat.: \_\_\_\_\_

Hiermit wird bescheinigt, dass die oben genannte Person (bitte ankreuzen und ausfüllen)

in meinem / unseren Betrieb  befristet bis \_\_\_\_\_  unbefristet

mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden beschäftigt

ist

werden kann, wenn die Betreuung des o. g. Kindes sichergestellt ist. Die Beschäftigung  
beginnt dann am \_\_\_\_\_.

Die Beschäftigung erfolgt mit folgenden Arbeitszeiten:

Montag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Dienstag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Mittwoch von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Donnerstag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Freitag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel