

Nachname des/der Antragstellers/in (→ in BLOCKSCHRIFT)

Vorname

DIENTSTGEBERBESTÄTIGUNG

1. Der/Die Antragsteller/in war bei uns im Jahr **2019** von _____ 2019 bis _____ 2019
als _____ beschäftigt.

1. Arbeitsort (genaue Adresse) _____
von _____ 2019 bis _____ 2019

2. Arbeitsort (genaue Adresse) _____
von _____ 2019 bis _____ 2019

Es gab Arbeitsunterbrechungen (Gebührenurlaub, Karenzurlaub, Krankheit),
die durchgehend länger als zwei Monate dauerten.

Ja von _____ 2019 bis _____ 2019

Nein

2. Vom Dienstgeber wurde ein **Fahrtkostenersatz** (→ *ausgenommen Pendlerpauschale und Pendlereuro!*)
jährlich in der Höhe von € _____ gewährt.

3. Die Beförderung zwischen Hauptwohnsitz zum Arbeitsort erfolgte Werksbus/Firmen-KFZ

Nein

Ja, ab (genaue Adresse) _____

Der jährliche Kostenbeitrag des/der Arbeitnehmers/in dafür betrug € _____

4. Der/Die Antragsteller/in versah in unserem Betrieb Schicht-, Nacht- bzw. Wechseldienst.

Ja → *Punkt 5. nicht ausfüllen*

Nein → *Punkt 5. ausfüllen*

5. Gleitende Arbeitszeit (Gleitzeitrahmen) von _____ Uhr bis _____ Uhr

Fixe Arbeitszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

6. Anzahl der Arbeitstage pro Woche _____

Die obigen Angaben werden vom/von der Arbeit(Dienst)geber/in bestätigt.

Ort / Datum

Unterschrift / Stampiglie des/der Arbeit(Dienst)gebers/in

Arbeit(Dienst)geber/in

Telefonnummer _____

E-Mail _____