

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 \_\_\_\_\_