

Arbeitgeberbescheinigung Corona-Pflegebonus

(Pflichtangaben sind mit * gekennzeichnet)

Hiermit bestätige ich,

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Art der ☐ Krankenhaus ☐ stationärer Pflegedienst ☐ ambulanter Pflegedienst ☐ Behinderteneinrichtung
Einrichtung* ☐ Rehabilitationsklinik ☐ Rettungsdienst ☐ Der Arbeitnehmer wird in der Einrichtung als Zeitarbeiter des (Name und Anschrift der

Zeitarbeitsfirma _____) eingesetzt

Name der
Einrichtung*

Straße* Nr.*

PLZ* Ort*

Telefon

E-Mail

dass

Name* Geschlecht* ☐ m ☐ w ☐ d

Vorname* Geburtsdatum*

bei mir als

Tätigkeit

Der Beschäftigte übt die Tätigkeit als Schüler/Auszubildender aus ☐

mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von

☐ 25 Stunden oder weniger ☐ über 25 Stunden

überwiegend in Bayern tätig ist und das Beschäftigungsverhältniss am 07.04.2020 bestand (Stichtagsregelung).
Der Mitarbeiter hat die bescheinigte Tätigkeit auch seit dem 07.04.2020 an wenigstens einem Tag ausgeübt. Soweit dies bisher nicht der Fall war, gehe ich aufgrund der mir bekannten Tatsachen davon aus, dass der Mitarbeiter bis zum 31.05.2020 die bescheinigte Tätigkeit wenigstens an einem Tag ausüben wird, etwa weil er beispielsweise aus seiner vollzeitigen Elternzeit, Krankheit oder Urlaub etc. voraussichtlich bis dahin zurückkehren wird (Prognose).

Ich versichere die Richtigkeit der von mir angegebenen Tatsachen. Für Prognosen übernehme ich keine Haftung.

Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Firmenstempel