

## Nachweis der Berufstätigkeit bzw. der Teilnahme an einer Bildungsmaßnahme

Name, Vorname der/des Personensorgeberechtigten

Zutreffendes bitte ankreuzen	Datum von ... bis ...	Ort (Anschrift)	Wöchentliche (Arbeits)Zeit
<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> unbefristet			
<input type="checkbox"/> Elternzeit			
<input type="checkbox"/> Ausbildung			
<input type="checkbox"/> Studium			
<input type="checkbox"/> Weiterbildung			
<input type="checkbox"/> Umschulung			
<input type="checkbox"/> Sprachkurs			
<input type="checkbox"/> erwerbslos			

### Arbeitszeiten / Zeiten der Bildungsmaßnahme

feste Zeiten (inkl. Pause) an folgenden Tagen:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
von							
bis							

flexible Zeiten (inkl. Pause) an folgenden Tagen:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
von							
bis							

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift  
Arbeitgeber / Bildungsträger

**Erklärung zur Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit bzw. zum Gewerbebetrieb**

**(Bitte Gewerbeanmeldung oder ähnliche Nachweise beifügen)**

---

Name, Vorname der/des Personensorgeberechtigten

---

Anschrift der Betriebsstätte

Erklärung zum zeitlichen Umfang der Tätigkeit (tägliche bzw. wöchentliche Arbeitszeiten)

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen.

---

Ort, Datum

---

(Stempel,) Unterschrift