

Arbeitgeberbescheinigung Corona-Pflegebonus

(Pflichtangaben sind mit * gekennzeichnet)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Hiermit bestätige ich,

Name der Einrichtung *			
Straße *		Nr. *	
PLZ *		Ort *	
Telefon			
E-Mail			
Art der Einrichtung *	<input type="checkbox"/> stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst		

dass

Name *		Geschlecht*	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Vorname *		Geburtsdatum *	

bei mir als *	
---------------	--

(Tätigkeit)

mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von *

- 25 Stunden oder weniger über 25 Stunden als Auszubildende/r

überwiegend im Saarland tätig ist, und das Beschäftigungsverhältnis am 01.03.2020 bestand (Stichtagsregelung) und nicht wegen Kurzarbeit, besonderer Gefährdungsbeurteilung (Vulnerabilität) von der Tätigkeit der Pflege in meiner Einrichtung befreit war. Die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter hat die bescheinigte Tätigkeit auch seit dem 01.03.2020 an wenigstens einem Tag ausgeübt. Soweit dies bisher nicht der Fall war, gehe ich aufgrund der mir bekannten Tatsachen davon aus, dass die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter bis zum 31.07.2020 die bescheinigte Tätigkeit wenigstens an einem Tag ausüben wird, etwa weil sie bzw. er beispielsweise aus der 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