

Bitte zurück an das Amt Mittelholstein, Fachbereich IV

Amt Mittelholstein

Am Markt 15

24594 Hohenwestedt

Telefon 04871/36401

**Bescheinigung des Arbeitgebers über ein Arbeitsverhältnis
für den Antrag auf Kostenausgleich**

Als Nachweis für den Betreuungsbedarf in einer Kindertagesstätte

Name/Adresse des Arbeitgebers:

Wir bescheinigen hiermit, dass Herr/Frau

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- ... nach Beendigung der Elternzeit ab dem _____
mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____ h

- ... während der Elternzeit ab dem _____
mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____ h

- ... bei uns ab dem _____
mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____ h
beschäftigt ist

Arbeitszeit

- Feste Arbeitszeiten an folgenden Tagen in der Zeit von/bis:

| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|--------|----------|----------|------------|---------|---------|---------|
| | | | | | | |

- Flexible Arbeitszeiten an folgenden Tagen in der Zeit von/bis:

| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|--------|----------|----------|------------|---------|---------|---------|
| | | | | | | |

- Schichtdienst mit folgenden Schichten/Besonderheiten

Datum, Unterschrift d. Arbeitgebers

Stempel des Arbeitgebers