



Vorname/Nachname (vollständige Vor- u. Nachnamen anzugeben ) .....
Sozialversicherungsnummer.....
Dept., Inst., Klinik, Sektion, Abteilung .....
Derzeitige Erreichbarkeit (Telefon, Mail) .....
Dienstantritt nach Karenz (TT/MM/JJ) ..... Beschäftigungsausmaß.....
Geringfügige Beschäftigung während der Karenz nach MSchG.: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
von (TT/MM/JJ) ..... bis (TT/MM/JJ) ..... Stundenausmaß von .....
Staatsbürgerschaft/Nationalität .....
Erstsprache ..... weitere gesprochene Sprachen .....

### Ansuchen um Gewährung der AKTION WIEDEREINSTIEG

An das Referat für Kinderbetreuung Koordinationsstelle Gleichstellung, Frauenförderung und Diversität  <b>Hier</b>	Eingangsstempel
<b>Angaben über das Kind</b> Vorname/Nachname .....	
Geburtsdatum (TT/MM/JJ) .....	
Staatsbürgerschaft/Nationalität .....	
Erstsprache ..... weitere gesprochene Sprachen .....	
Ich benötige die Vermittlung eines Kinderkrippenplatzes:                    JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
Wenn Sie bereits einen Betreuungsplatz organisiert haben: Angabe der Einrichtung (Adresse, Telefon) .....	
..... Betreuungsbeginn ab .....	
<b>Ich ersuche um Leistungen der AKTION WIEDEREINSTIEG und nehme die Richtlinien zur Kenntnis. Ich gebe sämtliche Änderungen der Daten sofort bekannt und erkläre mich damit einverstanden, dass bei Nichteinhaltung der Richtlinien die Unterstützung der „Aktion Wiedereinstieg“ sofort endet. Beilagen: Kopie des Betreuungsvertrages sowie schriftlicher Nachweis über "Nichtkarenz" des 2. Elternteiles (Bestätigung Dienstgeber).</b>	
Unterschrift Antragsteller*in ..... Datum .....	
<input type="checkbox"/> Befürwortet: Leistungsbeginn ..... Leistungsende .....	
<input type="checkbox"/> Abgelehnt (Begründung) .....	
Unterschrift ..... Datum.....	
Dr. <sup>in</sup> Karin Obwexer-Specht Leiterin der Koordinationsstelle Gleichstellung, Frauenförderung und Diversität	