



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 Hier	Eingangsstempel
Angaben über das Kind 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	
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).	
Unterschrift Antragsteller*in Datum	
<input type="checkbox"/> Befürwortet: Leistungsbeginn Leistungsende	
<input type="checkbox"/> Abgelehnt (Begründung)	
Unterschrift Datum.....	
Dr. ⁱⁿ Karin Obwexer-Specht Leiterin der Koordinationsstelle Gleichstellung, Frauenförderung und Diversität	