

Bitte digital/online ausfüllen

Vorname/Familienname/Titel		
Sozialversicherungsnummer		
Inst., Klinik, 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		

Antrag um Gewährung der **AKTION WIEDEREINSTIEG PLUS**

Angaben über das Kind Vorname/Nachname Geburtsdatum (TT/MM/JJ) Staatsbürgerschaft/Nationalität Erstsprache weitere gesprochene Sprachen	
Angaben zur Kinderbetreuungseinrichtung/Tagesmutter (Name, Adresse, Telefon) Betreuungsbeginn ab	
<p>Ich ersuche um Leistungen der AKTION WIEDEREINSTIEG PLUS und nehme die Bestimmungen der Richtlinie zur Kenntnis. Ich gebe sämtliche Änderungen der oben angeführten Daten unverzüglich bekannt und nehme zur Kenntnis, dass bei Nichteinhaltung der Bestimmungen der Richtlinie die finanzielle Unterstützung der Aktion Wiedereinstieg ^{PLUS} sofort ab Kenntnis mit sofortiger Wirkung endet.</p> <p>Beilagen: Kopie des Betreuungsvertrages sowie schriftlicher Nachweis über "Nichtkarenz" des 2. Elternteiles (Bestätigung Dienstgeber).</p> <p>Beilagen:</p> <ul style="list-style-type: none">Nichtkarenzbestätigung vom zweiten ElternteilKinderbetreuungsvertrag inkl. Aufstellung der BetreuungskostenEinzahlungsnachweis <p>Unterschrift Antragsteller*in Datum</p>	
Befürwortet: Leistungsbeginn Abgelehnt (Begründung)	Leistungsende