

Arbeitgeberbescheinigung Corona-Pflegebonus

(Pflichtangaben sind mit * gekennzeichnet)

Hiermit bestätige ich,

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Art der Krankenhaus stationärer Pflegedienst ambulanter Pflegedienst Behinderteneinrichtung
Einrichtung* Rehabilitationsklinik Rettungsdienst Der Arbeitnehmer wird in der Einrichtung als Zeitarbeiter des (Name und Anschrift der
Zeitarbeitsfirma _____) eingesetzt

Name der
Einrichtung*

Straße* Nr.*

PLZ* Ort*

Telefon

E-Mail

dass

Name* Geschlecht* m w d

Vorname* Geburtsdatum*

bei mir als

Tätigkeit

mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von

25 Stunden oder weniger über 25 Stunden

überwiegend in Bayern beschäftigt ist.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben, insbesondere in Bezug auf die aktuelle Tätigkeit, deren überwiegende Ausübung in Bayern stattfindet, sowie den Umfang der Arbeitszeit. Auch verpflichte ich mich zur Rückzahlung des an den Arbeitnehmer gewährten Corona-Pflegebonus an den Freistaat Bayern, wenn dieser aufgrund falscher Angaben durch den Arbeitgeber gewährt wurde.

Datum _____

Unterschrift Arbeitgeber/Firmenstempel _____