



STUNDENNACHWEIS

für gemeinnützige und zusätzliche Arbeit nach § 16 d SGB II

Name: _____ **Vorname:** _____

Beschäftigungsträger: _____

Monat: _____ **Ansprechpartner DiPers:** _____

Bitte faxen Sie den Nachweis jeweils am **15.** und am **letzten Tag** des Monats an 0751/35450-30 oder per E-Mail an: info@dipers.de

Tag	Gesamtstunden	Bemerkung	Legende
1.			<p style="text-align: center;"><i>Bitte tragen Sie bei Bemerkung den entsprechenden Legendenbuchstaben ein!!</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Danke</i></p> <p>A) regulär gearbeitet</p> <p>B) kein Einsatz (Betrieb geschlossen / keine Arbeit vorhanden / 400,- € Arbeitstag / bei Alleinerziehende Kiga-/Schulferien Kind)</p> <p>C) Urlaub (Anspruch: 2 Tage pro Monat)</p> <p>D) krank mit Krankmeldung ab 1. Tag, ansonsten H</p> <p>E) Samstag / Sonntag</p> <p>F) frei (Freizeitausgleich für Wochenend- / Feiertagsdienst)</p> <p>G) Feiertag</p> <p>H) unentschuldigt gefehlt</p> <p>I) entschuldigt gefehlt, bei außergewöhnl. Umständen bitte Grund angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wohnungswechsel • Eheschließung des Teilnehmers oder des Kindes • Ehejubiläum des Teilnehmers, der (Schwieger-) Eltern • schwere Erkrankung des Ehegatten oder des Kindes • Geburt des Kindes • Ableben in erster Verwandtschaftslinie • amtliche, insbesondere polizeiliche, gerichtliche Termine • Ausübung öffentlicher Ehrenämter • Regelung sonstiger wichtiger persönlicher Angelegenheiten • Teilnahme an religiösen Festen • Teilnahme an Einsätzen oder Ausbildungskursen im Rahmen des Gesetzes über die Erweiterung des Katastrophenschutzes vom 09.07.68 i.d.F. der Bekanntmachung vom 14.02.90 (BGB).
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
GESAMT		max. 120 Stunden pro Monat	

 Unterschrift / Stempel Beschäftigungsträger

 Unterschrift Klient