

Beschäftigungsnachweis 2025/2026

Hiermit bestätigen wir, dass

_____ Vorname _____ Nachname
in den Jahren 2025/2026 in der Zeit vom _____ bis _____
Beginn der Tätigkeit Ende der Tätigkeit

in unserer Einrichtung _____ im Rahmen des Landesprogramm „Konsultationskitas im Land Brandenburg“ als konsultationsverantwortliche pädagogische Fachkraft sozialversicherungspflichtig beschäftigt war.

- Beschäftigungsumfang im Programm betrug im o.g. Zeitraum durchschnittlich 10 Wochenstunden.
- Beschäftigungsumfang im Programm betrug im o.g. Zeitraum durchschnittlich weniger als 10 Wochenstunden (Begründung nachfolgend).

Es lagen im o.a. Zeitraum nachfolgende Sachverhalte vor:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| a) Erkrankung der Fachkraft mit Lohnfortzahlung durch Dritte (in der Regel ab der 7. Krankheitswoche) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| b) Beschäftigungsverbot/Mutterschutz | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| c) unbezahlter Urlaub | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| d) unbesetzte Stelle der konsultationsverantwortlichen Fachkraft | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Auflistung der Zeiträume (a bis d) – Zeiten ohne Anspruch auf die Förderung:

Datum: _____

Unterschrift/Stempel des Trägers der Einrichtung

Unterschrift der zuständigen Fachkraft

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben