

# Einstiegsqualifizierung

--	--

Vermerk der Agentur für Arbeit
Maßnahme-Nr.
Eingangsvermerk

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

## Bestätigung der Anmeldung zur Sozialversicherung

Hiermit wird bestätigt, dass der/die folgende Beschäftigte

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

durch folgenden Arbeitgeber

Firmenname: \_\_\_\_\_ (oder Firmenstempel)

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

seit dem \_\_\_\_\_ (laufend)

                  vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

nicht zur Sozialversicherung angemeldet ist.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift der Krankenkasse)