KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!

KNAPPSCHAFT Service-Center
Tel. 08000 200 501
Fax 0234 97838-888

KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
45095 Essen

Name, Vorname der/des Versicherten

_____

Geburtsdatum

_____

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

_____

Haushaltshilfe
Arbeitsnachweis

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

2. Angaben zum Arbeitgeber

Name der Firma _____

3. Angaben u. a. zur Arbeitszeit

Wie lang ist die Fahrzeit?

_____ min/Std für _____ km je Hin- und Rückfahrt

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers bzw. Bevollmächtigten

Arbeitsnachweis für die Zeit vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Wir bitten jeden Tag im o.g. Zeitraum anzugeben:

Datum	Beginn (Uhrzeit)	Ende (Uhrzeit)

Hatten Sie im o.g. Zeitraum bezahlten Urlaub? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Hatten Sie im o.g. Zeitraum unbezahlten Urlaub? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers