

Beschäftigungsnachweis ambulante Pflege SGB XI

Hiermit bestätigen wir, das zwischen dem Träger des Pflegedienstes:

(Name und Anschrift oder Stempel des Trägers)

und Herrn/Frau

(Name, Vorname)

(Geb. Name)

seit dem

(Datum)

(Name und Anschrift oder Stempel des Pflegedienstes)

ein **sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis** besteht.

Herr/Frau

ist als

☒

PDL

seit:

☐

stellv. PDL

seit:

im Umfang von Stunden wöchentlich bei dem oben genannten
Pflegedienst angestellt.

Bestätigung *

Mit der Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der gemachten Angaben und erklären uns bereit, auf Verlangen der Verbände der Pflegekasse diese im Einzelfall zu belegen.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Ort, Datum

Unterschrift/ Stempel des Trägers

***Hinweis:** Die Anlage 3 ist Bestandteil des Antrages. Unwahr gemachte Angaben erfüllen den Tatbestand der Dokumentenfälschung und haben strafrechtliche Konsequenzen sowie vertragsrechtliche Konsequenzen zur Folge.