

## Beschäftigungsnachweis

Hiermit bestätigen wir, das zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung:

.....  
.....  
.....

(Name und Anschrift oder Stempel des Trägers)

und Herrn/Frau .....  
(Name, Vorname) (Geb. Name)

seit dem ..... in der Pflegeeinrichtung  
(Datum)

.....  
.....  
.....

(Name und Anschrift oder Stempel der Pflegeeinrichtung)

ein **sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis** besteht.

Herr/Frau .....

ist als  PDL seit: \_\_\_\_\_

stellv. PDL seit: \_\_\_\_\_

im Umfang von .....Stunden wöchentlich in der oben genannten Pflegeeinrichtung 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.