**Die Anwesenheit des Teilnehmers ist monatlich zu dokumentieren und bis zum 10. des Folge-monats bzw. bei Abschluss der Maßnahme spätestens 10 Tage nach Maßnahmeende an**

Landkreis Oder-Spree

PRO Arbeit – kommunales Jobcenter Oder-Spree

**Anwesenheitsliste / Bescheinigung der Fehlzeiten**

Monat/Jahr       /

Maßnahmenummer

|  |  |
| --- | --- |
| **Teilnehmer** | |
| **Familienname, Vorname(en)** |  |
| **Anschrift** |  |
| **Geburtsdatum** |  |

**Vom Träger auszufüllen**

In der Monatsleiste sind folgende Tage einzutragen:

A Anwesend

K Krank, Ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit/Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist beizufügen

KK Kind Krank, Ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vom Kind/Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist beizufügen

MU Mutterschutz

EL Elternzeit

F Freie Tage (Wochenende/Feiertage/Urlaub)

E Entschuldigt (wichtiger Grund)

UE Unentschuldigt

S Fehltag, der anderen Gründen nicht zuzuordnen ist/besonderen Grund bitte angeben

anderer Grund:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** |

**Beispiele für wichtige Gründe**

* Wohnungswechsel
* Eheschließung bzw. Eintragung einer Lebenspartnerschaft / Ehejubiläum des Teilnehmers, seiner Eltern oder Schwiegereltern oder Kinder
* Geburt / Eheschließung des eigenen Kindes
* Schwere Erkrankung des Ehegatten / Lebenspartners oder des im eigenen Haushalt lebenden Kindes
* Ableben des Ehepartners / Lebenspartners, des eigenen Kindes oder Kindes in der Lebenspartnerschaft, der Eltern oder Schwiegereltern
* Ausübung öffentlicher Ehrenämter / Teilnahme an religiösen Festen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben!**  Diese Bescheinigung ist eine Urkunde und stellt die Grundlage für die Auszahlung von Leistungen zur Eingliederung an den Teilnehmer dar. Wir bitten Sie daher Ihrer Auskunftspflicht nach §§ 60 ff. SGB II nachzukommen. | | |
| Ort, Datum |  | Stempel / Rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers |
| , |  |  |