

PRO Arbeit – kommunales Jobcenter Oder-Spree  
Landkreis Oder-Spree  
Eingangsstempel

**Die Anwesenheit des Teilnehmers ist monatlich zu dokumentieren und bis zum 10. des Folgemonats 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	
<b>Familienname, Vorname(en)</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	

#### 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