

# Arbeitgeberbescheinigung Corona-Pflegebonus

(Pflichtangaben sind mit \* gekennzeichnet)

## Hiermit bestätige ich,

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Art der Einrichtung\*  Krankenhaus  stationärer Pflegedienst  ambulanter Pflegedienst  Behinderteneinrichtung  
 Rehabilitationsklinik  Rettungsdienst  Der Arbeitnehmer wird in der Einrichtung als Zeitarbeiter des (Name und Anschrift der Zeitarbeitsfirma \_\_\_\_\_) eingesetzt

Name der Einrichtung\* \_\_\_\_\_  
Straße\* \_\_\_\_\_ Nr.\* \_\_\_\_\_  
PLZ\* \_\_\_\_\_ Ort\* \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

## dass

Name\* \_\_\_\_\_ Geschlecht\*  m  w  d  
Vorname\* \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

## Hauptwohnsitz

Straße\* \_\_\_\_\_ Nr.\* \_\_\_\_\_  
PLZ\* \_\_\_\_\_ Ort\* \_\_\_\_\_  
Land\* \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

## Kontoverbindung

Kontoinhaber\* \_\_\_\_\_  
IBAN\* \_\_\_\_\_  
BIC\* \_\_\_\_\_

bei mir als **Begünstigte/r** im Sinne der **Richtlinie zum Corona-Pflegebonus** (Dies ist bei Pflegekräften in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, ambulanten Pflegediensten, Notfallsanitatern sowie Rettungsassistenten der Fall. Nähere Informationen finden Sie auch unter [www.lfp.bayern.de](http://www.lfp.bayern.de)) mit einer **regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von**

25 Stunden oder weniger  über 25 Stunden

**überwiegend in Bayern beschäftigt ist.**

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben, insbesondere in Bezug auf die aktuelle Tätigkeit, deren überwiegende Ausübung in Bayern stattfindet, sowie den Umfang der Arbeitszeit. Auch verpflichte ich mich zur Rückzahlung des an den Arbeitnehmer gewährten Corona-Pflegebonus an den Freistaat Bayern, wenn dieser aufgrund falscher Angaben durch den Arbeitgeber gewährt wurde.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Arbeitgeber/Firmenstempel \_\_\_\_\_