

Überprüfung der Teilnahmeberechtigung am Modell „Haushaltsnahe Dienstleistungen“ im Rahmen des ESF-Bundesprogramms „Perspektive Wiedereinstieg – Potenziale erschließen“

Frau / Herr _____
(Name der Teilnehmerin/ des Teilnehmers)

erfüllt eine der folgenden Voraussetzungen (zutreffendes bitte ankreuzen):

- die Teilnehmerin oder der Teilnehmer ist bereits in einer vollzeitnahen Beschäftigung und befindet sich oder gerät in eine Pflegesituation, ohne dass Regelleistungen den Bedarf abfangen.
- die Teilnehmerin oder der Teilnehmer befindet sich in der Anfangsphase des Wiedereinstiegs in Form einer vollzeitnahen Beschäftigung.
- die Teilnehmerin oder der Teilnehmer durchläuft eine vollzeitnahe Qualifizierung.

Der Beschäftigungsumfang der Teilnehmerin / des Teilnehmers beträgt (bitte Wochenstundenzahl angeben): _____

Die Teilnehmerin / der Teilnehmer (zutreffendes bitte ankreuzen):

- geht nahtlos in den HDL-Baustein über.
- war bereits ausgetreten und tritt nun wieder in das Projekt ein.

Es werden _____ Stunden HDL-Leistung pro Woche über den Zeitraum von _____ bis _____ vereinbart.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmerin / Teilnehmer

Ort, Datum

Unterschrift Projektträger