

Träger der Arbeitsgelegenheit	Blatt _____
-------------------------------	-------------

An
 Landeshauptstadt München
 Amt für Wohnen und Migration
 S-III-MF/A/GSt
 Werinherstraße 89
 81541 München

Asylbewerberleistungen.soz@muenchen.de

Beschäftigungsnachweis für:

Name	Vorname	Geburtsdatum	wohnhaft
Arbeitsbereich & Tätigkeit:			

Für die Zeit vom _____ bis _____.

Achtung: Eine Tätigkeit nach § 5 AsylbLG ist nur max. 4 Stunden täglich und an max. 5 Tagen pro Woche möglich!

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Summe der Arbeitsstunden	Betrag der Mehraufwandsentschädigung
1. Woche									
2. Woche									
3. Woche									
4. Woche									
5. Woche									
Summe:									

Bemerkungen:

München, den _____

erhalten am: _____

Unterschrift/ Stempel der Arbeitsstelle

Eintrag durch Sachbearbeitung

Entscheid

Genehmigt wird die Auszahlung der Mehraufwandsentschädigung und der Fahrtkosten in Höhe von:

insgesamt _____ €

Von

609420000.5621 _____

609425000.5621 _____

609422000.5621 _____

609427000.5621 _____

Am: _____

Unterschrift Anordnungsbeauftragte*r

Im Leistungsbogen eingetragen

am _____