

Personenbezeichnungen in diesem Vordruck gelten jeweils in männlicher und weiblicher Form.  
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!)

Absender

Jobcenter Salzlandkreis

Maßnahme-Nr.:  
Bearbeiter:  
Termin:

### Bestätigung der Anmeldung zur Sozialversicherung

Hiermit wird bestätigt, dass der folgende Arbeitnehmer

Name, Vorname
Geburtsdatum

durch folgenden Arbeitgeber

Firmenname
Anschrift

- seit dem \_\_\_\_\_ (laufend)
- vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_
- nicht

zur Sozialversicherung angemeldet ist.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Krankenkasse
------------	---