

**Bestätigung ArbeitgeberIn / Bildungsinstitution / SVA/RAV**

**für Erziehungsberechtige, welche Betreuungsgutschriften des Kantons Schaffhausen erhalten**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rahmenbedingungen**

Das Gesetz zur Förderung der familienergänzenden Kinderbetreuung im Vorschulalter (KiBe-Gesetz; SHR 860.100) bezweckt, die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit / Ausbildung zu fördern. Zu diesem Zweck gewährt der Kanton Schaffhausen Finanzhilfen in Form von Betreuungsgutschriften. Die Betreuungsgutschriften werden erwerbstätigen, in Ausbildung stehenden oder stellensuchenden Erziehungsberechtigten mit Wohnsitz im Kanton Schaffhausen gewährt, die noch nicht schulpflichtige Kinder haben, welche regelmässig eine bewilligte resp. gemeldete Betreuungseinrichtung besuchen (Art. 1 f. KiBe-Gesetz).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Personalien erziehungsberechtigte Person:**

Vorname, Name:

Strasse:

PLZ Ort:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bestätigung** (nur gültig, wenn vollständig ausgefüllt):

[ ]  **Erwerbstätigkeit:**

 Wir bestätigen mit unserer Unterschrift, dass oben genannte Person bei uns angestellt ist.

* Pensum:       %
* **Anstellungsbeginn (obligatorische Angabe):**
* [ ]  unbefristet [ ]  befristet bis:
* [ ]  ungekündigt [ ]  gekündigt per:

[ ]  **Immatrikulation:**

 Wir bestätigen mit unserer Unterschrift, dass oben genannte Person bei uns immatrikuliert ist.

* Anzahl Wochenstunden der Aus-/Weiterbildung:
* Aus-/Weiterbildungsbeginn:
* Voraussichtliches Aus-/Weiterbildungsende:

[ ]  **Stellensuche:**

 Wir bestätigen mit unserer Unterschrift, dass oben genannte Person

* [ ]  als stellensuchend gemeldet ist seit:      .
* [ ]  finanzielle Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezieht. Die Bezugsberechtigung

 besteht mindestens bis:      .\*

* [ ]  finanzielle Leistungen der Arbeitslosenhilfe bezieht. Die Bezugsberechtigung besteht

 mindestens bis:      .\*

Name des Arbeitgebers / der Ausbildungsinstitution:

Kontaktperson für Rückfragen: Name:

 Telefonnummer:

 Emailadresse:

Bemerkungen:

Ort, Datum       Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (mit Firmenstempel)

\* Das Ende der Bezugsberechtigung kann sich aufgrund von Zwischenverdiensten, Unfall, etc. nach hinten verschieben.