

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

Kennzeichen (soweit bekannt)

4 Angaben über Teilzeitunterricht, Abendunterricht beziehungsweise Fernunterricht

<p>4.1 Handelt es sich bei der unter Ziffer 5 bestätigten Ausbildung um Teilzeitunterricht oder Abendunterricht? an wie vielen Tagen muss die Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p>bitte weiter bei Ziffer 4.3</p>
<p>4.2 Handelt es sich bei der unter Ziffer 5 bestätigten Ausbildung um Fernunterricht? muss die Ausbildungsstätte regelmäßig wöchentlich aufgesucht werden und wie oft</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>
<p>4.3 Welche Zeit beansprucht der Schulweg? (bitte Minuten für die einfache Wegstrecke angeben)</p>
<p>Anmerkungen</p>
<p>Ort, Datum Telefon (Durchwahl)</p>
<p>_____ Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers</p>

Hinweis:

Bei Schule, Fachschule, Fachhochschule, Hochschule, berufsbezogenem Praktikum bitte **Ziffern 5 und gegebenenfalls 7** ausfüllen und bescheinigen lassen.

Bei Berufsausbildung, berufsvorbereitender Bildungsmaßnahme, berufsbezogenem Praktikum bitte **Ziffern 6 und gegebenenfalls 7** ausfüllen und bescheinigen lassen.

Bei Ableistung eines Freiwilligendienstes bitte **Ziffer 8** ausfüllen und bescheinigen lassen.

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

Kennzeichen (soweit bekannt)

6 Bescheinigung der Ausbildungsstätte

Name / Vorname	Geburtsdatum
befindet sich in	
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung	vom - bis _____
<input type="checkbox"/> Vollzeitausbildung	vom - bis _____
<input type="checkbox"/> Teilzeitausbildung	Ausbildungszeit wöchentlich _____
vom Ausbildungsinstitut für erforderlich gehaltene häusliche Vorbereitungszeit (wöchentlich) _____	
voraussichtliche Beendigung der Ausbildung / Abschluss	
Tag / Monat / Jahr	
am _____ (Bekanntgabe des Prüfungsergebnisses)	
vom - bis _____	
<input type="checkbox"/> berufsvorbereitender Bildungsmaßnahme	
Förderung der Maßnahme von der Bundesagentur für Arbeit	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
gesetzliche Grundlage dieser Maßnahme	
Bescheinigung nach der Berufsausbildungsvorbereitungs-Bescheinigungsverordnung (BAVBVO) vorgesehen	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
bitte individuellen Qualifizierungsplan und Bescheinigung über den zeitlichen Umfang der Maßnahme beifügen	
<input type="checkbox"/> berufsbezogenem Praktikum	
Das Praktikum vom _____ bis _____ wird von der Ausbildungsstätte verlangt, gewünscht oder empfohlen:	
<input type="checkbox"/> in vollem Umfang <input type="checkbox"/> im Umfang von _____ Monaten	
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Unterschrift der Ausbildungsstätte	Firmenstempel der Ausbildungsstätte

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

Kennzeichen (soweit bekannt)

7 Bescheinigung der Praktikumsstätte

Name / Vorname	Geburtsdatum
befindet sich in _____ seit _____	
<input type="checkbox"/> berufsbezogenem Praktikum	als _____
Der zeitliche Umfang der Praktikantentätigkeit beträgt _____ Stunden täglich.	
Das Praktikum steht im Zusammenhang mit einer Schulausbildung, Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder Hochschulausbildung:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Das Praktikum steht im Zusammenhang mit einer Berufsausbildung oder einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Unterschrift der Praktikumsstätte	
Firmenstempel der Praktikumsstätte	

8 Bescheinigung über die Ableistung eines Freiwilligendienstes

Name / Vorname	Geburtsdatum
leistet einen Freiwilligendienst	
vom - bis _____	
genaue Bezeichnung des Freiwilligendienstes, zum Beispiel freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr, Freiwilligendienst der EU, anderer Dienst im Ausland im Sinne des § 5 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes, entwicklungspolitischer Freiwilligendienst "weltwärts", Freiwilligendienst aller Generationen, Internationaler Jugendfreiwilligendienst, Bundesfreiwilligendienst	
Bezeichnung des Trägers, der Einsatzstelle beziehungsweise der Einrichtung	
Bezeichnung der Zulassungsbehörde	
Datum des Zulassungsbescheides	
Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Unterschrift	
Dienststempel	