



Bescheinigung Arbeitszeiten und / oder Kinderbetreuung

Name / Vorname _____

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Gesuchter Beschäftigungsgrad _____ %

Die gemeldete stellensuchende Person ist gemäss den untenstehenden Angaben vermittlungsfähig. Bitte beachten Sie das Merkblatt auf der Rückseite.

	Ganztags	Vormittag	Nachmittag	Zusätzliche Std. von – bis
Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Samstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonntag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schicht	<input type="checkbox"/> 2er	<input type="checkbox"/> 3er	<input type="checkbox"/> 4er	

Entsprechen die Arbeitszeiten ihrem vorherigen Arbeitsverhältnis? Ja Nein

Personalberater / in verlangt schriftliche Bestätigung des letzten Arbeitgebers Ja Nein

Die unterzeichnende Person bestätigt hiermit, dass unten genannte Kinder während den angegebenen Arbeitszeiten betreut werden. Die Kinderbetreuung ist zudem über die angegebenen Arbeitszeiten hinaus auch für den Arbeitsweg von bis zu 2 Stunden (je für Hin- und Rückweg) sichergestellt.

Name des / der Kind/er	Geburtsdatum

Betreuungsperson / -institution

Name / Vorname / Institution _____

Strasse / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Telefonnummer _____ Mobil _____

Die versicherte Person bestätigt, wahrheitsgetreue Angaben gemacht zu haben und nimmt zur Kenntnis, dass unwahre Angaben zu einem unrechtmässigen Bezug von Arbeitslosenentschädigung führen, somit Sanktionen gegen Versicherte im Sinne des ALVG Art. 38 verfügt werden. Bei einer eventuellen Änderung der Betreuung ist das AMS FL sofort schriftlich zu benachrichtigen.

Ort und Datum _____

Unterschrift Stellensuchende/r _____