

MONATLICHER TEILNAHMENACHWEIS
zum Nachweis der Inanspruchnahme der¹

- ☐ **Fahrtkostenpauschale***
- ☐ **Pauschale für Kinderbetreuung****

Aktenzeichen (AZ) des Zuwendungsbescheides: _____

Zuwendungsempfangende/Einrichtung: _____

Gesamter Durchführungszeitraum der Maßnahme: _____ bis _____

Name, Vorname der Lehrkraft: _____

Monat / Jahr: _____

**) Teilnehmende, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, erklären mit ihrer Unterschrift, dass sie keinen Zuschuss zu den Fahrtkosten erhalten bzw. keine Möglichkeit haben, eine ermäßigte Fahrkarte über den Arbeitgeber zu beziehen*

***) Erklärung zur Kinderbetreuung muss vorliegen*

Lfd. Nr.	Name, Vorname des Teilnehmenden	Unterschrift des Teilnehmenden	Teilnahme vom / bis
1			-
2			-
3			-
4			-
5			-
6			-
7			-
8			-
9			-
10			-
11			-
12			-
13			-

Bestätigung der Lehrkraft/des Zuwendungsempfängers: _____
(Unterschrift)

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen