



Bitte nach Möglichkeit digital an vorname.name@vsa.ekiba.de senden.

Bestätigung Zahlung Zulage für Praxisanleitung

Hiermit bestätige ich, dass Frau / Herr

Name des Mitarbeitenden

- die Praxisanleitung für Auszubildende zum / zur seit _____
Datum der Übertragung der Praxisanleitung
- Erzieher/in
 - Kinderpfleger/in
 - Sozialassistent/in
 - Heilerziehungspfleger/in

in unserer Einrichtung mit einem Stellenumfang von mindestens 15 % seiner/ihrer Gesamttätigkeit übernimmt. Eine zusätzliche Fort- oder Weiterbildung ist nicht erforderlich, um Beschäftigten die Tätigkeit als Praxisanleiter/in zu übertragen. Wir empfehlen Ihnen aber den Personen, die mit der Praxisanleitung betraut wurden, entsprechende Fort- oder Weiterbildungen für die Tätigkeit anzubieten.

Name der/des Auszubildenden

Ende der Ausbildung am

Durchschnittliche, wöchentliche Dauer der Praxisanleitung in Stunden
(im letzten Kalendervierteljahr)

Sofern die Ausbildung vor dem eingetragenen, geplanten Ende beendet wird, muss die Personalabteilung von der Einrichtungsleitung darüber informiert werden, dass die Zahlung der Zulage zum Ende der Ausbildung endet.

Name der Einrichtung

Ort, Datum

Unterschrift und Name der
Einrichtungsleitung in Druckbuchstaben