

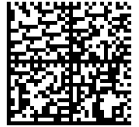
# Bescheinigung



Bundesagentur für Arbeit

gem. § 312 Abs. 3 Drittes Buch  
Sozialgesetzbuch (SGB III)

- vom Leistungsträger auszufüllen -



3

Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen.

Name, Vorname	Versicherungsnummer
Kundennummer bei der Agentur für Arbeit (soweit bekannt) →	

Diese Bescheinigung ist eine Urkunde. Änderungen oder Ergänzungen der Eintragungen müssen mit gesonderter Unterschrift bescheinigt werden.

## (1) Versicherungspflicht wegen des Bezuges von Entgeltersatzleistungen/Krankentagegeld

Bitte bescheinigen Sie den Versicherungszeitraum.

von	bis*	von	bis*

\* Bei Ausschöpfen der Anspruchsdauer bitte zusätzlich "A" eintragen. Ist das Ende nicht abzusehen, bitte "Laufend" eintragen.

**Grund für die Versicherungspflicht:** Unmittelbar vor Beginn des Bezuges der nachfolgend angegebenen Leistung bestand Versicherungspflicht nach dem SGB III oder wurde eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bezogen oder gilt eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III als bezogen. Folgende Leistung wird oben bescheinigt:

- Krankengeld
- Versorgungskrankengeld
- Verletztengeld
- Mutterschaftsgeld
- Übergangsgeld wegen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme
- Krankentagegeld von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

## (2) Versicherungspflicht von jugendlichen Behinderten

Bitte bescheinigen Sie die Zeiten der Teilnahme an einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in einer Einrichtung für Behinderte zur Ermöglichung einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder zur Befähigung für eine Erwerbstätigkeit in einer Einrichtung der Jugendhilfe. Ein Beschäftigungsverhältnis bestand nicht.

von	bis	von	bis	von	bis

## (3) Bescheinigung des Bezuges von

- Übergangsgeld wegen einer Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
- Rente wegen voller Erwerbsminderung

von	bis	von	bis	von	bis

Bei Maßnahmen:  Die Teilnahme an der Maßnahme ist vorzeitig beendet worden.  Ja  Nein

## (4) Versicherungspflicht wegen einer Pflegezeit gem. § 3 Abs. 1 Satz 1 PflegeZG

von	bis	von	bis	von	bis

## Bescheinigungsstelle, Ansprechpartner, Unterschrift

Bescheinigungsstelle	Ansprechpartner/in für Rückfragen:	
Frau/Herr	Tel.-Nr.:	Datum/Unterschrift