KNAPPSCHAFT

Knappschaft
Arbeitgeberversicherung
Krankheit/Mutterschaft
45115 Essen

Angaben zum Arbeitgeber

Betriebsnummer

Name _____

Straße Nr. _____

PLZ Ort _____

Ansprechpartner/in _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Nachweis eines Beschäftigungsverbotes für

Name: _____

Rentenversicherungsnummer:

ggf. Geburtsdatum
Tag Monat Jahr

☐ Individuelles Beschäftigungsverbot

Entgelt wegen eines Beschäftigungsverbotes nach § 3 Abs. 1 oder § 6 Abs. 2 MuSchG wird gezahlt.
Eine entsprechende ärztliche Bescheinigung liegt bei.

☐ Generelles Beschäftigungsverbot

Ab dem
Tag Monat Jahr

wird Entgelt wegen eines Beschäftigungsverbotes nach § 4 oder § 6 Abs. 3 oder § 8 Abs. 1, 3 oder 5 MuSchG gezahlt.

Wir bestätigen, dass eine der in diesen Vorschriften aufgeführten Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz unserer Arbeitnehmerin vorliegt. Eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz ohne diese Beeinträchtigungen ist nicht möglich.

_____
Datum / Unterschrift