



Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht:  
Mein Zeichen:  
(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Name:  
Durchwahl:  
Telefax:  
E-Mail:  
Datum:

## Bescheinigung über das Vorliegen persönlicher Voraussetzungen für die Förderung nach dem Bundesprogramm "Kommunal-Kombi"

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit wird bescheinigt, dass

Name:	Straße:
Vorname:	Wohnort:
Geburtsdatum:	FKZ:
Kunden-Nummer:	Beginndatum:

- der/die Arbeitnehmer/in seinen/ihren gewöhnlichen Aufenthalt in dieser Region hat,
- seit    Monaten arbeitslos gemeldet ist und
- unmittelbar vor Einstellung mindestens 12 Monate ununterbrochen Arbeitslosengeld II nach dem SGB II bezieht.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag