



Ausbildung MAB

Vorname:
Nachname:
Straße: Hausnummer/Tür:
Postleitzahl: Ort:
Telefon: E-Mail:
SV Nummer Staatsbürgerschaft:.....
Geburtsdatum
Bankverbindung IBAN: BIC:

1. Dienstgeber: geringfügig beschäftigt: ja nein
Position.....
2. Dienstgeber: geringfügig beschäftigt: ja nein
Position.....

Ich bin derzeit beim AMS arbeitslos gemeldet: ja nein
Ich beziehe derzeit ein Fachkräftestipendium: nein
derzeit in Bildungskarenz: nein
derzeit in Karenz: nein
Ich beziehe Arbeitslosengeld: ja nein
 ja, bis:.....
 ja, bis:.....
 ja, bis:.....

Information für sozialversicherungspflichtige Teilnehmer:innen!

Verfügen Sie über keinen fixen Arbeitgeber im Bereich Pflege / Gesundheit, muss das BFI der AK Vorarlberg Sie, während der Ausbildung Unfallversichern.

Bei Kursstart muss der Teilnehmende die Summe der monatlichen Versicherungsprämie an das BFI der AK Vorarlberg zahlen, wobei dieser Betrag als Taschengeld monatlich € 60,- (abzgl. DN -Betrag/Selbstbehalt) an den Teilnehmenden wieder refundiert wird.

Verpflichtungserklärung:

Ich verpflichte mich hiermit alle Änderungen, die meinen Beschäftigungsstatus (Kündigung, Wechsel des Dienstgebers, Änderung der Anzahl der Wochenarbeitsstunden) betreffen, sofort dem BFI der AK Vorarlberg schriftlich zu melden!

Datum: Unterschrift Teilnehmer/in:.....

Datenblatt zur Sozialversicherung



vom BFI auszufüllen

Sozialversicherungspflicht:

ja

nein

Erster Versicherungstag:

Voraussichtliches Ende

Tatsächliches Ende der SV-Pflicht: