**Bescheinigung des Arbeitgebers zur Unabkömmlichkeit der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Geburtsdatum |  |
| Straße |  |
| PLZ, Ort |  |

Hiermit bestätige ich

**<Name>**

**<Adresse>**

**<Tel-Nr>**

**Betriebsnummer: <Betriebs-Nr>**

als Arbeitgeber nach dem Arbeitgebermodell für Assistenz gemäß dem Bescheid über Bewilligung persönlicher Assistenz **<… § 17 SGB IX der Stadt xxxxxx vom mm.dd.jjjj … >**, dass oben angegebener Mitarbeiter/Mitarbeiterin für die Aufrechterhaltung meiner Pflege, Gesundheit sowie Bewältigung meines Alltags unabkömmlich ist. Darüber hinaus wird Assistenz mit Pflegepersonal gleichgestellt und ist systemrelevant.

Schwerbehindertenausweis:

**<eingescanntes Bild>**

Personalausweis:

**<eingescanntes Bild>**

Ort, Datum, Unterschrift