Vom FÖJ-Teilnehmer / FÖJ-Teilnehmerin auszufüllen:

Bestätigung der FÖJ-Taschengeldzahlung

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Hiermit bestätige ich, dass mir meine Einsatzstelle im Zeitraum von bis monatlich ein Taschengeld in folgender Höhe gezahlt hat (ggf. abzüglich Lohnsteuer):

☐ 230,- € ☐ 290,- € ☐ 350,- €

Unterschrift des / der FÖJ - Teilnehmers/in

Von der Einsatzstelle auszufüllen:

Bescheinigung über die Sozialversicherungsabgaben

(Arbeitgeberanteil, Arbeitnehmeranteil und ggf. Sachbezugswert freier Unterkunft und Verpflegung) für den vorstehenden FÖJ-Teilnehmer / die vorstehende FÖJ-Teilnehmerin)

Fördermonate	Bitte wählen Sie!	**Höhe der Sozialversicherungsabgaben**
August	**2024**	
September	**2024**	
Oktober	**2024**	
November	**2024**	
Dezember	**2024**	
Januar	**2025**	
Februar	**2025**	
März	**2025**	
April	**2025**	
Mai	**2025**	
Juni	**2025**	
Juli	**2025**	
August	**2025**	
Gesamtsumme der abgeführten Beiträge:		0,00 €
Datum, Unterschrift (Stempel)des Zeichnungsbefugten:		