



Bestätigung der Ausbildungsstätte, Lehranstalt bzw. des Trägers des Sozialen Dienstes

Die genannte Person zählt zu folgender Personengruppe der Berechtigten für die Bestellung eines AzubiAbos nach den Tarifbestimmungen des WestfalenTarifes und ist danach antragsberechtigt: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Personen, die eine unter den Nummern 1.1, 2.2.1, 2.2.2 oder 2.3 im Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe nach § 90 Absatz 3 des Berufsbildungsgesetzes vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931) in der jeweils geltenden Fassung aufgeführte Ausbildung erhalten.

Teilnehmer an einem freiwilligen sozialen Jahr oder an einem freiwilligen Ökologischen Jahr sowie Teilnehmer am Bundesfreiwilligendienst oder vergleichbaren sozialen Diensten.

Beamtenanwärter des einfachen und mittleren Dienstes bzw. der Laufbahngruppe 1 sowie Praktikanten und Personen, die durch Besuch eines Verwaltungslehrgangs die Qualifikation für die Zulassung als Beamtenanwärter des einfachen und mittleren Dienstes bzw. der Laufbahngruppe 1 erst erwerben müssen, sofern sie keinen Fahrkostensatz von der Verwaltung erhalten.

Beamtenanwärter des gehobenen Dienstes bzw. der Laufbahngruppe 2.1.

Personen, die für eine Weiterbildungsmaßnahme Leistungen nach dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Juni 2016 (BGBl. I S. 1450), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, erhalten (Teilnehmer eines Meisterkurses an einer Handwerkskammer oder in Vorbereitung auf eine Meisterprüfung an der Industrie- und Handelskammer).

Angaben zum Karteninhaber und Ausbildungsstätte/Sozialen Dienst

*Name, Vorname Karteninhaber

*Name der Ausbildungsstätte/des Sozialen Dienstes

*Anschrift der Ausbildungsstätte/des Sozialen Dienstes

*Die Ausbildung/der soziale Dienst endet voraussichtlich am

Angaben zur Berufsschule (Nur auszufüllen von Berufsschüler/innen)

* Name der Berufsschule

* Anschrift der Berufsschule

* Pflichtfelder

Die Berechtigung ist nach einem Jahr zu erneuern.

Datum (TT.MM.JJJJ)

Unterschrift und Stempel des Ausbildungsbetriebes/
des Trägers des Sozialen Dienstes