**Krankenkassenbestätigung zum Verwendungsnachweis der**

**Gründungsprämie im niedersächsischen Handwerk**

1. **Zuwendungsempfänger/in bzw. Unternehmen**

|  |
| --- |
| Name des Unternehmens:        |
| Straße und Hausnummer:      |
| Postleitzahl und Ort bzw. Unternehmenssitz:      |
| Antragsnummer      |

1. **sozialversicherungspflichtig Beschäftigte/r**

|  |  |
| --- | --- |
| Name (ggf. Geburtsname), Vorname:      | Geburtsdatum:      |

1. **Bestätigung**

Hiermit wird bestätigt, dass das unter 1. genannte Unternehmen Sozialversicherungsbeiträge ab dem       *(Datum des Eintritts ins Unternehmen)* für die Beschäftigungsdauer von mindestens 7 Monaten für die unter 2. genannte Person abgeführt hat.

*Hinweis: Nicht das sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnis von Auszubildenden ist relevant.*

Ort, Datum Stempel der Krankenkasse Unterschrift Sachbearbeiter/in