



**Gemeinsam e.V.**

Kontaktstelle für Menschen mit Behinderungen

Absender:

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

GEMEINSAM e.V.  
Personalabteilung

Kletterstraße 10a

59457 Werl

**Bei Erkrankung Mitarbeiter/ in: .....**

Ich war am ..... arbeitsunfähig.

Ich war vom ..... bis ..... arbeitsunfähig.

**Ab dem dritten Tag der Erkrankung muss dem Arbeitgeber eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung unaufgefordert vorgelegt werden.  
Die Lohnfortzahlung erfolgt durch GEMEINSAM e.V. mit dem durchschnittlichen Stundensatz in der Integrationshilfe, bzw. den tatsächlich geplanten Stunden im FuD.**

\_\_\_\_\_