

## Bestätigung der Beschäftigung im Rahmen des Hamburger Qualifizierungsfonds

Hiermit erklären wir als Organisation / Verein / Initiative, dass folgende Teilnehmende der Qualifizierungsmaßnahme, wie im Antrag Nr.: \_\_\_\_\_ ausgeführt, bei uns freiwillig engagiert sind.

Bitte listen Sie hier die Namen der betreffenden Personen auf:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |

Für weitere Namen verwenden Sie bitte die Rückseite.

Name der Organisation / Initiative: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(rechtsverbindliche Unterschrift der kontoführenden Einrichtung)