

25 Krankenkasse (der Kindesmutter)

Mitglieds-Nr.:

Es wird bescheinigt, dass Frau _____
Mutterschaftsgeld nach § _____ für die Zeit vom _____ bis _____
in Höhe von kalendertäglich _____ € erhält.

Es besteht kein Anspruch auf Mutterschaftsgeld, weil _____

für Rückfragen: Telefon-Nr.

(_____) _____

Name zuständige/r Mitarbeiter/in _____

_____ Datum/Unterschrift

_____ Stempel der Krankenkasse

26 Ausländerbehörde (Aufenthaltstitel nicht freizügigkeitsberechtigter Ausländer)

Die/Der Antragsteller/in, Frau/Herr _____, ist im Besitz einer

Niederlassungserlaubnis, erstmals erteilt am _____

Aufenthaltserlaubnis nach § _____ AufenthG

erstmals erteilt am _____

zuletzt verlängert am _____

und zurzeit gültig bis _____

Die Aufenthaltserlaubnis berechtigt bzw. hat zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit berechtigt.

Die/Der Antragsteller/in ist im Besitz einer anderen Aufenthaltsgenehmigung,

nämlich einer _____ nach § _____.

Art/Zweck _____

erteilt am _____

befristet bis _____

(bitte Aufenthaltstitel und begründende Rechtsnorm angeben - ggf. alter Titel nach dem AuslG, Fiktionsbescheinigung usw.)

Die/Der Antragsteller/in hält sich rechtmäßig im Bundesgebiet auf seit _____.

für Rückfragen: Telefon-Nr. (_____) _____/_____

Name zuständige/r Mitarbeiter/in _____

_____ Datum/Unterschrift
Stempel der ausstellenden Behörde