

**Arbeitslosenversicherung**  
Arbeitsmarktliche Massnahmen (AMM)

Eingangsdatum:

**AMM-Bescheinigung für EAZ und AZ**

Dieses Formular ist vom Verantwortlichen der Massnahme jeden Monat auszufüllen und bis spätestens am dritten Werktag des folgenden Monats der Arbeitslosenkasse der versicherten Person einzureichen.

Name und Vorname:	Personen-Nr.:	SV-Nr.:
PLZ, Wohnort, Strasse, Nummer:	Geburtsdatum:	Zivilstand:

Monat:	Jahr:
--------	-------

**I Art der arbeitsmarktlichen Massnahme**

Einarbeitungszuschüsse

Ausbildungszuschüsse

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Grund für das Ende der Massnahme:

Abbruch der Massnahme:  durch Organisator  durch Versicherte(n)  gegenseitig

**II Präsenzzeit**

Präsenzzeit in %:

In den Feldern der entsprechenden Kalendertage sind die von der Versicherten Person besuchten Massnahmetage mit **X** zu bezeichnen. Für entschuldigte und unentschuldigte Absenzen sind die nachstehenden Code zu verwenden:

**A** = Krankheit, Unfall, Mutterschaft      **B** = Militär-, Zivil- oder Zivilschutzdienst      **C** = Andere entschuldigte Absenzen  
**D** = unentschuldigte Absenzen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Für die Massnahme verantwortliche Person:

Ort und Datum:

Unterschrift:

Beilage:

- Kopie der Lohnabrechnung