

Name Zentralstelle	Kurs-Nr.:
Name Träger	
Anschrift	

بدین وسیله تأیید می‌کنم اقامت در این ایالت به واسطه داشتن مجوز اقامت موقت (Duldung) است و یکی از موارد زیر در مورد اینجانب مصداق دارد (لطفاً مورد مربوطه را علامت بزنید):

- شغلی دارم که مشمول بیمه‌های اجباری است.
- در حال تحصیل در یکی از دوره‌های آموزش حرفه‌ای مورد تأیید دولت یا دوره آموزش حرفه‌ای مشابهی هستم.

---

(مکان، تاریخ، امضاء)

---

(درج نام خانوادگی و نام با حروف خوانا و غیرسرم)