**Selbsterklärung des** **Arbeitskräfteüberlassers**

**für das Jahr 2024**

Ich/Wir bestätige/n hiermit als zur Vertretung nach außen befugte(n) Person/en des/der >Name des Arbeitskräfteüberlassers<, dass der Entgelterhöhungszuschuss für das Jahr 2024 (>Quartal/Abrechnungszeitraum<) unter Einhaltung der „Kriterien zur Auszahlung der Mittel nach § 3 Abs. 2 Z 3 PFG durch den FSW an die Antragstellenden für das Jahr 2024“ vom 26.1.2024 ausschließlich an bezugsberechtigtes Pflege- und Betreuungspersonal gemäß § 3 Abs. 2 Z 3 PFG geleistet wurde. Weiters wird bestätigt, dass die Arbeitnehmer:innen ausschließlich in anerkannten Einrichtungen gemäß Punkt 6. der Allgemeinen Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien (AFRL) sowie in Empfänger:innen von Objektförderungen gemäß Punkt 7. AFRL und Projektförderungen gemäß Punkt 8. AFRL eingesetzt wurden. Die „Kriterien zur Auszahlung der Mittel nach § 3 Abs. 2 Z 3 PFG durch den FSW an die Antragstellenden für das Jahr 2024“ vom 26.1.2024 werden ausdrücklich als verbindlich anerkannt.

Der >Name des Arbeitskräfteüberlassers< trägt die Verantwortung für die korrekte Auszahlung, Abrechnung sowie die Richtigkeit der übermittelten Unterlagen und haftet auch dem Fonds Soziales Wien gegenüber.

Wien, am

Unterschrift/en der zur Vertretung nach außen befugte(n) Person/en

(+NAMEN IN BLOCKBUCHSTABEN)