

Bescheinigung des Arbeitgebers

als Nachweis für den Notbetreuungsbedarf bis 28.02.2021

Wir bescheinigen, dass Frau/Herr

Vor- und Zuname

wohnhaft:

aufgrund der beruflichen Tätigkeit als

im Bereich (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Infrastruktur zur medizinischen, veterinärmedizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung einschließlich der zur Aufrechterhaltung dieser Versorgung notwendigen Unternehmen (z.B. Pharmazeutische Industrie, Medizinproduktehersteller, MDK, Krankenkassen) und Unterstützungsbereiche (z.B. Reinigung, Essensversorgung, Labore und Verwaltung), des Justiz- und Maßregel- und Abschiebungshaftvollzugs, der Altenpflege, der ambulanten Pflegedienste, der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe auch soweit sie über die Bestimmung des Sektors Gesundheit in § 6 der BSI-Kritisverordnung hinausgeht;
- Landesverteidigung (Bundeswehr), Parlament, Justiz (einschließlich Rechtsanwälte und Notare), Regierung und Verwaltung, der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (Polizei) einschließlich Agentur für Arbeit, Jobcenter, Behörden des Arbeits-, Gesundheits- und Verbraucherschutzes, der Straßenmeistereien und Straßenbetriebe sowie Einrichtungen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr [(freiwillige) Feuerwehr und Katastrophenschutz, Rettungsdienst], soweit Beschäftigte von ihrem Dienstherrn unabkömmlich gestellt werden;
- notwendige Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge zur Sicherstellung der öffentlichen Infrastrukturen (Medien, Presse, Post- und Telekommunikationsdienste (insbesondere Einrichtung zur Entstörung und Aufrechterhaltung der Netze), Energie (z.B. Strom-, Wärme-, Gas- und Kraftstoffversorgung), Wasser, Finanzen- und Versicherungen (z.B. Bargeldversorgung, Sozialtransfers), ÖPNV, Schienenpersonenverkehr, Abfallentsorgung im Sinne des Kreislaufgesetzes), der Landwirtschaft sowie der Versorgungseinrichtungen des Handels (Produktion, Groß- und Einzelhandel) jeweils inkl. Zulieferung und Logistik;
- Personal von Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen zur Aufrechterhaltung des Distanz- und Notbetriebes, alleinerziehende Berufstätige, Beratungspersonal der Schwangerschaftskonfliktberatung, des Frauen- und Kinderschutzes sowie sozialer Kriseninterventionseinrichtungen;
- Bestatter und Beschäftigte in den Krematorien

zur Gruppe der im Bereich der kritischen Infrastruktur tätigen, „unentbehrlichen Schlüsselperson“ gem. Neunter SARS-COV2-Eindämmungsverordnung vom 15.12.2020 zählt.
(Bei Selbständigen ist der Nachweis mittels Eigenerklärung zu erbringen.)

bei uns beschäftigt ist.

Flexible Regelungen zur Arbeitszeit und zur Arbeitsgestaltung sind nicht möglich.

Datum

Unterschrift und Stempel

Erklärung der/des 1. Sorgeberechtigten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

als Nachweis für den Notbetreuungsbedarf bis zum 28.02.2021

Erstantrag

Folgeantrag (Arbeitgeberbescheinigung liegt bereits aus Notbetreuung im Dezember 2020 oder Januar 2021 vor)

1. Angaben zum Antragsteller

	1. Personensorgeberechtigte/r	2. Personensorgeberechtigte/r
Name, Vorname		
Telefon		

2. Erklärung des Arbeitnehmers

- Eine eigenorganisatorische häusliche Betreuung ist nicht möglich.
- Ich bin alleinerziehend.
- Die 2. sorgeberechtigte Person ist berufstätig und
 - nicht in Kurzarbeit
 - nicht im Homeoffice
 - nicht in Elternzeit.
- Ich zähle nicht zum Personenkreis der „unentbehrlichen Schlüsselpersonen“, bin jedoch auf eine Notbetreuung angewiesen (Härtefall).

Begründung:

3. Erklärung zum Gesundheitszustand des Kindes

- Hiermit erkläre ich, dass unser Kind gesund ist.
- Hiermit erkläre ich, dass ein erhöhtes Gesundheitsrisiko vorliegt (wie Vorerkrankungen oder „Immunschwäche“).

4. Hiermit wird Notbetreuung in der Kindereinrichtung _____ für unser Kind beantragt

Name	Alter	Betreuungszeit (Angabe nur erforderlich bei Abweichung vom Betreuungsvertrag)
		_____ h von _____ bis _____ Uhr <input type="checkbox"/> Frühhort <input type="checkbox"/> Nachmittagshort

5. Zeitraum der Notbetreuung (bitte Tage ankreuzen)

Februar										
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Di	Mi	Do	Fr	Sa	So					
23	24	25	26	27	28					

Datum

Unterschrift

Entscheidung der Einrichtungsleitung / des Trägers

- ja
- nein

Unterschrift Einrichtungsleitung/Träger