

Gruppe A+: Antrag auf Notfallbetreuung in Kindertageseinrichtungen während Schließungen aufgrund von Corona/Covid-19

Antragsteller/in:

Eltern des Kindes	antragsberechtigte Person der Gruppe A+		Erziehungsberechtigte/r 2	
Name, Vorname:				
Geburtsdatum:				
PLZ, Wohnort:				
Straße, Hausnr.				
Telefon privat:				
Handynr.:				
Sorgeberechtigt: (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>Es werden nur Kinder betreut:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ bei denen ein Elternteil unmittelbar mit der Versorgung, Betreuung oder Behandlung von Kranken oder pflegebedürftigen Personen betraut ist oder ➤ von erwerbstätigen Alleinerziehenden, <p>sofern glaubhaft erklärt werden kann, das eine anderweitige Betreuung nicht möglich ist.</p>				
Berechtigungsgrund:	<input type="radio"/> Tätigkeit in unmittelbarer Versorgung, Betreuung oder Behandlung von Kranken oder pflegebedürftigen Personen <input type="radio"/> alleinerziehend			
Konkrete Tätigkeit:				
Arbeitgeber:				
Ort der Dienststelle:				
Wöchentliche Arbeitszeit:				

Kind, für das Notbetreuung beantragt wird:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Einrichtung:	
Besonderheiten:	
Datum des erforderlichen Betreuungsbeginns:	

Glaubhafte Darlegung der Lebenssituation von Alleinerziehenden:

Hiermit versichere ich/versichern wir, dass eine anderweitige Betreuung des Kindes nicht möglich ist.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO habe ich mit diesem Antrag erhalten und wurden von mir/uns zur Kenntnis genommen.

Datum/Unterschrift der antragsberechtigten Person

Erklärung des Arbeitgebers (antragsberechtigte Person nach Gruppe A+)

(nur von Personen vorzulegen, die mit der unmittelbare Versorgung, Betreuung oder Behandlung von Kranken oder pflegebedürftigen Personen betraut sind)

Name, Anschrift und Branche des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin

Die o. g. Person ist in unserem Unternehmen / unserer Dienststelle als

_____ (Funktion) beschäftigt und

nimmt folgende Tätigkeiten wahr:

Damit ist sie der **unmittelbare** Versorgung, Betreuung oder Behandlung von Kranken oder pflegebedürftigen Personen betraut.

Datum und Stempel

Unterschrift Arbeitgeber