

# Antrag auf Notbetreuung im Shutdownzeitraum

vom 17.05.2021 – 28.05.2021

Antragsteller:

Erziehungsberechtigte/r 1	Erziehungsberechtigte/r 2
Vorname:	Vorname:
Nachname:	Nachname:
Straße:	Straße:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:

Angaben zu dem Kind/ den Kindern

Kind 1	Kind 2
Vorname:	Vorname:
Nachname:	Nachname:
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Derzeitige Betreuungsform	Derzeitige Betreuungsform

Kind 3	Kind 4
Vorname:	Vorname:
Nachname:	Nachname:
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Derzeitige Betreuungsform	Derzeitige Betreuungsform

Erklärung:

<input type="checkbox"/>	Ich bin Alleinerziehend und gelte bei meinem Arbeitgeber an den nachfolgenden Tagen und Zeiten als unabhkmmlich. (Gilt für Prsenzarbeitsplatz und Home-Office-Arbeitsplatz sowie Studium/Schulbesuch). Ich besttige hiermit, dass keine alternative Betreuung des Kindes/der Kinder mglich ist.
<input type="checkbox"/>	Wir gelten bei unseren Arbeitgebern an den nachfolgenden Tagen und Zeiten BEIDE als unabhkmmlich. (Gilt fr Prsenzarbeitsplatz und Home-Office-Arbeitsplatz sowie Studium/Schulbesuch). Wir besttigen hiermit, dass keine alternative Betreuung des Kindes/der Kinder mglich ist.

Eine Arbeitgeberbescheinigung muss auf Anforderung der Einrichtung nachgereicht werden.

Eine Notbetreuung benötigen wir für folgende Tage und Zeiten

	Tag	Zeiten
<input type="checkbox"/>	Montag, 17.05.2021	
<input type="checkbox"/>	Dienstag, 18.05.2021	
<input type="checkbox"/>	Mittwoch, 19.05.2021	
<input type="checkbox"/>	Donnerstag, 20.05.2021	
<input type="checkbox"/>	Freitag, 21.05.2021	

Für den Fall einer Verlängerung des Notbetreuungszeitraums

	Tag	Zeiten
<input type="checkbox"/>	Montag, 24.05.2021	
<input type="checkbox"/>	Dienstag, 25.05.2021	
<input type="checkbox"/>	Mittwoch, 26.05.2021	
<input type="checkbox"/>	Donnerstag, 27.05.2021	
<input type="checkbox"/>	Freitag, 28.05.2021	

Ausgeschlossen von der Notbetreuung sind Kinder, die

- in Kontakt mit einer infizierten Person stehen oder standen, wenn seit dem Kontakt mit einer infizierten Person noch nicht 14 Tage vergangen sind
- Symptome eines Atemwegsinfekts oder erhöhte Temperatur aufweisen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r 1

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r 2

**Wichtig: Abgabe mindestens einen Werktag (Mo.-Fr.) vor Betreuungsbeginn bis 11:00 Uhr in Ihrer Einrichtung**