Antrag auf Notbetreuung meines/unseres betreuungsbedürftigen Kindes/r, aufgrund der Schließung der Betreuungseinrichtung / Schulen durch das Land Sachsen-Anhalt zur Corona-Prävention.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Personensorgeberechtigte/r 1** |  | **Personensorgeberechtigte/r 2** |
| **Vorname:** |  |  |  |  |
| **Name** |  |  |  |  |
| **Straße, Haus-Nr.:** |  |  |  |  |
| **PLZ, Ort:** |  |  |  |  |
| **Telefon mobil:** |  |  |  |  |

für das/die Kind/er

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vorname, Name:** |  | **Alter:** |  |
| **Vorname, Name:** |  | **Alter:** |  |
| **Vorname, Name:** |  | **Alter:** |  |

Ich /Wir beantragen hiermit eine Notbetreuung meines/r Kindes/r, um die Berufstätigkeit im u. g. Bereich als unentbehrliche Schlüsselperson ausüben zu können. Die von mir/uns getätigten Angaben entsprechen der Wahrheit. Sobald die Betreuung nicht mehr benötigt wird, werde/n ich/wir das Kind/die Kinder unverzüglich abmelden.

|  |
| --- |
| **Betreuungsumfang** |
| Ich/Wir benötigen die Betreuung in folgendem Umfang  täglich von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Berufsgruppe**  Ich/Wir gehören einer Berufsgruppe an, die zu einem unverzichtbaren Funktionsbereich des Bundeslandes Sachsen-Anhalt gehört („unentbehrliche Schlüsselperson“): | |
| **Personensorgeberechtigte/r 1**  Einrichtungen der  Gesundheitsversorgung  Arzneimittelversorgung  Pflege  Behinderten-, Kinder- u. Jugendhilfe  Justiz- und Maßregelvollzug  Landesverteidigung  öffentliche Sicherheit und Ordnung  Feuerwehr, Rettungsdienst, Katastrophen-  schutz  Medien, Presse und Telekommunikation  dienste  Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung  Versorgung mit Lebensmitteln und  Hygieneartikeln  zentrale Stelle von Staat, Justiz und  Verwaltung  Behörden des  Arbeits-, Gesundheits- und Verbraucher-  schutzes | **Personensorgeberechtigte/r 2**  Einrichtungen der  Gesundheitsversorgung  Arzneimittelversorgung  Pflege  Behinderten-, Kinder- u. Jugendhilfe  Justiz- und Maßregelvollzug  Landesverteidigung  öffentliche Sicherheit und Ordnung  Feuerwehr, Rettungsdienst, Katastrophen-  schutz  Medien, Presse und Telekommunikation  dienste  Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung  Versorgung mit Lebensmitteln und  Hygieneartikeln  zentrale Stelle von Staat, Justiz und  Verwaltung  Behörden des  Arbeits-, Gesundheits- und Verbraucher-  schutzes |

|  |
| --- |
| **Versicherung** |
| Ich gehöre beruflich dem o. g. Funktionsbereich an, bin alleinerziehend und habe keine anderweitige  Betreuungsmöglichkeit.  Wir sind beide in dem o. a. Funktionsbereich tätig und haben keine anderweitige Betreuungsmög-  lichkeit.  Es besteht keine Möglichkeit der Inanspruchnahme von flexiblen Arbeitszeiten und Arbeitsgestaltung  (z. B. Homeoffice). |

|  |
| --- |
| **Bestätigung** |
| Ich/Wir bestätigen, dass folgende Voraussetzungen erfüllt sind:  Das Kind/die Kinder weist/weisen keine Krankheitssymptome auf.  Das Kind/die Kinder steht/stehen nicht in Kontakt zu infizierten Personen bzw. seit dem Kontakt mit  …..infizierten Personen sind 14 Tage vergangen und es/sie weist/weisen keine Krankheitssymptome  …..auf.  Das Kind/die Kinder hat/haben sich nicht in einem Gebiet aufgehalten, das durch das Robert-Koch-  Institut (RKI) aktuell als Risikogebiet ausgewiesen ist. Tagesaktuell abrufbar unter:  <https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html>  bzw. 14 Tage seit Rückkehr aus diesem Risikogebiet vergangen sind und es/sie zeigt/en keine  Krankheitssymptome. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Personensorgeberechtigte/r |
|  |  |  |

**Bescheinigung des Arbeitgebers zum Personensorgeberechtigten 1:**

Mit dieser Bescheinigung bestätigen Sie, dass

Ihr Unternehmen unentbehrliche Schlüsselpersonen beschäftigt.

ihr Beschäftigter im Zeitraum bis zunächst einschließlich 19.04.2020 aufgrund der als

strukturrelevant einzuschätzenden Tätigkeit für Ihr Unternehmen unabkömmlich ist.

Sie in Ihrem Unternehmen keine eigenen Betreuungsmöglichkeiten vorhalten bzw. eine

solche nicht kurzfristig organisieren können.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift/Stempel |

**Bescheinigung des Arbeitgebers zum Personensorgeberechtigten 2:**

Mit dieser Bescheinigung bestätigen Sie, dass

Ihr Unternehmen unentbehrliche Schlüsselpersonen beschäftigt.

ihr Beschäftigter im Zeitraum bis zunächst einschließlich 19.04.2020 aufgrund der als

strukturrelevant einzuschätzenden Tätigkeit für Ihr Unternehmen unabkömmlich ist.

Sie in Ihrem Unternehmen keine eigenen Betreuungsmöglichkeiten vorhalten bzw. eine

solche nicht kurzfristig organisieren können.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift/Stempel |