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 |