**Nachweis für den Bedarf einer Notbetreuung in Kindertageseinrichtungen/**

**bei Kindertagespflegestellen und Schulen (*Stand 23.04.2021*)**

**Beanspruchung der Notbetreuung für folgende(s) Kind(er)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | Vorname | Geburtsdatum | Notbetreuung ab |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Aktuelle Wohn- und Meldeanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) |
|  |
| Name und Ort der Einrichtung (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) |
|  |

**Erklärung des Elternteils**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Ausgeübte Tätigkeit: |  |
| Arbeitgeber: |  |
| Anschrift Arbeitgeber: |  |

Hiermit bestätige ich:

* Eine alternative private Betreuung meines Kindes/meiner Kinder ist nicht möglich.
* Ich arbeite im Bereich der kritischen Infrastruktur und/oder ich bin alleinerziehend.
* Meine Tätigkeit lässt keine flexible Arbeitsgestaltung (z.B. HomeOffice) zu.
* Wir sind nicht wissentlich infiziert, sind keine Kontaktpersonen und waren nicht innerhalb der letzten 14 Tage im Ausland.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Datum / Unterschrift Elternteil*

**Bescheinigung des Arbeitgebers**

**über die Zugehörigkeit zur kritischen Infrastruktur**

Wir bescheinigen hiermit, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* in folgendem Bereich der kritischen Infrastruktur als unentbehrliche Schlüsselperson tätig ist: medizinische, veterinärmedizinische, pharmazeutische und pflegerische 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), Justiz-, Maßregel- und Abschiebungshaftvollzug, Altenpflege, ambulante Pflegedienste, Kinder- und Jugendhilfe, Behindertenhilfe;
* und die Ermöglichung flexibler Arbeitszeiten und Arbeitsgestaltung (z.B. Home-Office) nicht gewährleistet werden kann.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Datum / Unterschrift einer vertretungsberechtigten Person und Praxisstempel*