

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

| | | | |
|--------------------------------------|------------|--------------|-------------|
| Name | Vorname(n) | Geburtsdatum | Aufnahme ab |
| Name | Vorname(n) | Geburtsdatum | Aufnahme ab |
| Name | Vorname(n) | Geburtsdatum | Aufnahme ab |
| Name | Vorname(n) | Geburtsdatum | Aufnahme ab |
| aktuelle Wohn-/Meldeanschrift | | | |
| Straße, Hausnummer | | PLZ Wohnort | |

Sorgeberechtigte Person(en)/Erreichbarkeit

| | | | |
|--|------------|-----------------------|--|
| Name, (Geburtsname) | Vorname(n) | | |
| Ausgeübte Tätigkeit | | Ort der Beschäftigung | |
| Arbeitgeber /Beschäftigungsstelle (Name/Bezeichnung Anschrift) | | | |
| ständige Erreichbarkeit (Telefon) | E-Mail | | |
| Name, (Geburtsname) | Vorname(n) | | |
| Ausgeübte Tätigkeit | | Ort der Beschäftigung | |
| Arbeitgeber/Beschäftigungsstelle (Name/Bezeichnung Anschrift) | | | |
| ständige Erreichbarkeit (Telefon) | E-Mail | | |

Angaben zum Kind:

- Das/die angegebene(n) Kind /die Kinder weisen keine Krankheitssymptome auf.
- Das angegebene Kind/ die Kinder stehen und standen nicht in Kontakt zu mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Personen bzw. seit dem Kontakt sind mindestens 14 Tage vergangen.
- Das angegebene Kind / die Kinder haben sich nicht in einem Gebiet aufgehalten, das durch das Robert Koch-Institut im Zeitpunkt des Aufenthalts als Risikogebiet ausgewiesen war oder innerhalb von 14 Tagen danach als solches ausgewiesen worden ist (die Liste der Risikogebiete ist tagesaktuell abrufbar im Internet unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html), oder seit seiner Rückkehr aus diesem Risikogebiet sind mindestens 14 Tage vergangen.
- Ich versichere die Richtigkeit aller Angaben. (Anm.: Auf die Bußgeldvorschrift des § 73 Abs.1a Nr. 6 IfSG sowie auf die Strafvorschriften des § 74 IfSG wird hingewiesen.)

Erklärung zum Vorliegen der Voraussetzungen (Zutreffendes ist angekreuzt/eingetragen)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> uns/mir ist trotz intensiver Bemühungen keine alternative private Betreuung möglich | |
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Meine/unsere oben beschriebene Tätigkeit läßt keine Flexible Arbeitsgestaltung zu | |
| <input type="checkbox"/> | |
| Besondere Hinweise | |
| Datum und Unterschrift des/der ersten sorgeberechtigten Person | Datum und Unterschrift des/der zweiten sorgeberechtigten Person |