

**Gruppe A+: Antrag auf Notfallbetreuung in Kindertageseinrichtungen während Schließungen aufgrund von Corona/Covid-19**

Antragsteller/in:

<b>Eltern des Kindes</b>	antragsberechtigte Person der Gruppe A+		Erziehungsberechtigte/r 2	
Name, Vorname:				
Geburtsdatum:				
PLZ, Wohnort:				
Straße, Hausnr.				
Telefon privat:				
Handynr.:				
Sorgeberechtigt: (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>Es werden nur Kinder betreut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ bei denen ein Elternteil unmittelbar mit der Versorgung, Betreuung oder Behandlung von Kranken oder pflegebedürftigen Personen betraut ist oder</li> <li>➤ von erwerbstätigen Alleinerziehenden,</li> </ul> <p>sofern glaubhaft erklärt werden kann, das eine anderweitige Betreuung nicht möglich ist.</p>				
Berechtigungsgrund:	<input type="radio"/> Tätigkeit in unmittelbarer Versorgung, Betreuung oder Behandlung von Kranken oder pflegebedürftigen Personen <input type="radio"/> alleinerziehend			
Konkrete Tätigkeit:				
Arbeitgeber:				
Ort der Dienststelle:				
Wöchentliche Arbeitszeit:				

Kind, für das Notbetreuung beantragt wird:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Einrichtung:	
Besonderheiten:	
Datum des erforderlichen Betreuungsbeginns:	

**Glaubhafte Darlegung der Lebenssituation von Alleinerziehenden:**

---

---

---

---

- Hiermit versichere ich/versichern wir, dass eine anderweitige Betreuung des Kindes nicht möglich ist.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO habe ich mit diesem Antrag erhalten und wurden von mir/uns zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift der antragsberechtigten Person

---

## **Erklärung des Arbeitgebers (antragsberechtigte Person nach Gruppe A+)**

(nur von Personen vorzulegen, die mit der unmittelbaren Versorgung, Betreuung oder Behandlung von Kranken oder pflegebedürftigen Personen betraut sind)

Name, Anschrift und Branche des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin

---

---

Die o. g. Person ist in unserem Unternehmen / unserer Dienststelle als

\_\_\_\_\_ (Funktion) beschäftigt und

nimmt folgende Tätigkeiten wahr:

---

---

Damit ist sie der unmittelbaren Versorgung, Betreuung oder Behandlung von Kranken oder pflegebedürftigen Personen betraut.

\_\_\_\_\_  
Datum und Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber