

Notbetreuung meines/unseres minderjährigen Kindes/r aufgrund der Schließung der Betreuungseinrichtung durch das Land NRW zur Corona-Prävention

Erziehungsberechtigte:

1. Vorname _____ Nachname _____
Anschrift _____
2. Vorname _____ Nachname _____
Anschrift _____

Name des zu betreuenden Kindes:

_____ Alter: _____

wird sonst betreut in: _____

von: _____ bis: _____ Uhr

Ggfls. weiteres zu betreuendes Kind:

_____ Alter: _____

wird sonst betreut in: _____

von: _____ bis: _____ Uhr

Ich/Wir gehöre/n einer Berufsgruppe an, die zu einem **unverzichtbaren Funktionsbereich** des Bundeslandes NRW gehört, nämlich:

Erziehungsberechtigte/r 1

- Gesundheitswesen
 Polizei
 Feuerwehr
 Sonstiger unverzichtbarer Funktionsbereich

Erziehungsberechtigte/r 2

- Gesundheitswesen
 Polizei
 Feuerwehr
 Sonstiger unverzichtbarer Funktionsbereich

Versicherung:

- Ich gehöre beruflich dem v.g. Funktionsbereich an, bin alleinerziehend und habe keine anderweitige Betreuungsmöglichkeit
- Wir sind beide in dem v.g. Funktionsbereich tätig und haben keine anderweitige Betreuungsmöglichkeit

Ich/ Wir benötige/n die Betreuung im bisherigen Umfang

nur in folgendem Umfang: _____

Ich/wir benötigen eine Notbetreuung meines/r Kindes/r, um die Berufstätigkeit im o.g. unverzichtbaren Funktionsbereich ausüben zu können. Die o.g.

Angaben entsprechen der Wahrheit. Sobald die Betreuung nicht mehr benötigt wird, werde/n ich/wir das Kind / die Kinder unverzüglich abmelden.

Ich /Wir bestätige/n, dass folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Das Kind / die Kinder weist/en keine Krankheitssymptome auf.
2. Das Kind / die Kinder steht/en nicht in Kontakt zu infizierten Personen bzw. seit dem Kontakt mit infizierten Personen sind 14 Tage vergangen und es/sie weist/en keine Krankheitssymptome auf.
3. Das Kind / die Kinder haben sich nicht in einem Gebiet aufgehalten, das durch das Robert Koch-Institut (RKI) aktuell als Risikogebiet ausgewiesen ist (tagesaktuell abrufbar im Internet 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.

Datum: _____

Unterschriften der/ des Erziehungsberechtigten:

Bestätigung des Arbeitgebers zum Erziehungsberechtigten 1:

Name / Firma / Institution

Die v.g. Aussagen zum Funktionsbereich werden hiermit bestätigt. Der Arbeitnehmer ist bei mir/uns beschäftigt. Die Zeiten der Berufstätigkeit decken sich mit den gewünschten Betreuungszeiten oder gehen darüber hinaus.

Datum: _____

Stempel:

Unterschrift: _____

Bestätigung des Arbeitgebers zum Erziehungsberechtigten 2:

Name / Firma / Institution

Die v.g. Aussagen zum Funktionsbereich werden hiermit bestätigt. Der Arbeitnehmer ist bei mir/uns beschäftigt. Die Zeiten der Berufstätigkeit decken sich mit den gewünschten Betreuungszeiten oder gehen darüber hinaus.

Datum: _____

Stempel:

Unterschrift: _____