



## Anlage für Arbeitgeber

Sehr geehrte Arbeitgeber,

für die Planung und Einrichtung von Tagespflege-Notbetreuung benötigen wir Angaben von Ihnen in Bezug auf die Art und den Umfang des Arbeitsverhältnisses. Bitte beachten Sie, dass wir nur Notgruppen planen und organisieren, für Mitarbeiter, die in einem der aufgeführten Bereiche tätig sind. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen entsprechend zu beantworten und auszufüllen.

### Vom Arbeitnehmer auszufüllen

Arbeitsbereich Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Klinik                         | <input type="radio"/> Arztpraxis                  |
| <input type="radio"/> Apotheken                      | <input type="radio"/> ambulanter Pflegedienst     |
| <input type="radio"/> stationäre Pflegeeinrichtungen | <input type="radio"/> stationäre Behindertenhilfe |
| <input type="radio"/> Blaulichtorganisation          | <input type="radio"/> Lebensmittelversorgung      |
| <input type="radio"/> Ver- und Entsorgung            | <input type="radio"/> ÖPNV                        |

Name, Vorname des betreffenden Mitarbeiters

\_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_

Aktuelle Arbeitszeiten des Mitarbeiters (von-bis)

Montag: \_\_\_\_\_ Dienstag: \_\_\_\_\_ Mittwoch: \_\_\_\_\_ Donnerstag: \_\_\_\_\_

Freitag: \_\_\_\_\_ Samstag: \_\_\_\_\_ Sonntag: \_\_\_\_\_

**Ich versichere, dass ich keine andere Betreuungsmöglichkeit (Ehe-oder Lebenspartner, Freunde etc.) habe.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

### Vom Arbeitgeber auszufüllen

Name und Anschrift Arbeitgeber Stempel

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Arbeitgeber