

Herrn/Frau .....

(im Folgenden Arbeitnehmer genannt)

und die

Apotheke.....

(im Folgenden Arbeitgeber genannt)

treffen folgende

## VEREINBARUNG EINER FREIWILLIGEN SONDERBETREUUNGSZEIT

zur Betreuung eines Kindes bis zum vollendeten 14. Lebensjahres oder  
zur Betreuung einer nahestehenden Person mit Behinderung/Pflegebedürftigkeit  
gem. § 18 b AVRAG

Der Arbeitgeber gewährt dem Arbeitnehmer

- für das Kind ....., geb. am.....
- für die nahestehende Person mit Behinderung/Pflegebedürftigkeit  
Herr /Frau .....

eine Sonderbetreuungszeit in der Zeit von ..... bis .....(insgesamt max.  
3 Wochen).

### Begründung:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Betreuung der oben angeführten Person ist in der oben angeführten Zeit

- in der Schule/im Kindergarten ..... ist möglich.  
 Bestätigung der Schule/Kindergarten wurde vorgelegt
- in der Behinderteneinrichtung .....ist möglich.
- durch Ausfall der Betreuungskraft .....ist möglich.
- durch Ausfall der persönlichen Assistenz ..... ist möglich.

Sie wird aber vom Arbeitnehmer nicht in Anspruch genommen.

....., am .....

Ort, Datum

zur Kenntnis genommen

.....

Arbeitgeber

Arbeitnehmer