

Herrn/Frau .....

(im Folgenden Arbeitnehmer genannt)

erstattet an die

Apotheke .....

(im Folgenden Arbeitgeber genannt)

folgende

## MITTEILUNG EINER SONDERBETREUUNGSZEIT

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

Der Arbeitnehmer beantragt

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

eine Sonderbetreuungszeit für die Zeit von ..... bis .....  
(insgesamt max. 3 Wochen).

### Begründung:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

- o in der Schule/im Kindergarten ..... nicht möglich.  
 Bestätigung der Schule/Kindergarten wurde vorgelegt
- o in der Behinderteneinrichtung .....nicht möglich.
- o durch Ausfall der Betreuungskraft .....nicht möglich.
- o durch Ausfall der persönlichen Assistenz ..... nicht möglich.
- o es besteht eine Absonderung nach § 7 EpidemieG für das zu betreuende Kind.  
 Absonderungsbescheid wurde vorgelegt

Es bestehen keine weiteren Betreuungsmöglichkeiten im familiären/privaten Umfeld des Arbeitnehmers.

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

Ort, Datum

zur Kenntnis genommen

.....

.....

Arbeitgeber

Arbeitnehmer