

**Beanspruchung der Notbetreuung für folgende(s) Kind(er)**

Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	Aufnahme ab
Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	Aufnahme ab
Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	Aufnahme ab
Name	Vorname(n)	Geburtsdatum	Aufnahme ab
<b>aktuelle Wohn-/Meldeanschrift</b>			
Straße, Hausnummer		PLZ Wohnort	

**Sorgeberechtigte Person(en)/Erreichbarkeit**

Name, (Geburtsname)	Vorname(n)		
Ausgeübte Tätigkeit		Ort der Beschäftigung	
Arbeitgeber /Beschäftigungsstelle (Name/Bezeichnung Anschrift)			
ständige Erreichbarkeit (Telefon)	E-Mail		
Name, (Geburtsname)	Vorname(n)		
Ausgeübte Tätigkeit		Ort der Beschäftigung	
Arbeitgeber/Beschäftigungsstelle (Name/Bezeichnung Anschrift)			
ständige Erreichbarkeit (Telefon)	E-Mail		

**Angaben zum Kind:**

- Das/die angegebene(n) Kind /die Kinder weisen keine Krankheitssymptome auf.
- Das angegebene Kind/ die Kinder stehen und standen nicht in Kontakt zu mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Personen bzw. seit dem Kontakt sind mindestens 14 Tage vergangen.
- Das angegebene Kind / die Kinder haben sich nicht in einem Gebiet aufgehalten, das durch das Robert Koch-Institut im Zeitpunkt des Aufenthalts als Risikogebiet ausgewiesen war oder innerhalb von 14 Tagen danach als solches ausgewiesen worden ist (die Liste der Risikogebiete ist tagesaktuell abrufbar im Internet unter [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikogebiete.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete.html)), oder seit seiner Rückkehr aus diesem Risikogebiet sind mindestens 14 Tage vergangen.
- Ich versichere die Richtigkeit aller Angaben. (Anm.: Auf die Bußgeldvorschrift des § 73 Abs.1a Nr. 6 IfSG sowie auf die Strafvorschriften des § 74 IfSG wird hingewiesen.)

**Erklärung zum Vorliegen der Voraussetzungen (Zutreffendes ist angekreuzt/eingetragen)**

<input type="checkbox"/> uns/mir ist trotz intensiver Bemühungen keine alternative private Betreuung möglich	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Meine/unsere oben beschriebene Tätigkeit läßt keine Flexible Arbeitsgestaltung zu	
<input type="checkbox"/>	
Besondere Hinweise	
Datum und Unterschrift des/der ersten sorgeberechtigten Person	Datum und Unterschrift des/der zweiten sorgeberechtigten Person