



Pflegefreistellung

.....
Vorname, Zuname

.....
Dienststelle (Stammsschule)

Ich erkläre, dass die von mir in der Zeit vom bis im Ausmaß von
Wochenstunden gemäß § 71 MDG (§ 69 LBedG für Sekretärinnen) in Anspruch genommene Pflegefreistellung erforderlich
war für:

1. die notwendige Pflege meines/meiner **im gemeinsamen Haushalt** lebenden erkrankten oder verunglückten

- Ehegatten(in)/eingetragene(r) Partners(in)
- Lebensgefährten/in
- Kindes im Alter von Jahren
- Kindes des/der Lebensgefährten/in bzw. des/der eingetragenen Partners(in) im Alter von Jahren
- Enkelkindes
- Vaters/Mutter, Wahl- oder Pflegevaters/-mutter
- Großvaters/Großmutter
- Wahl-, Pflege- bzw. Stiefkindes im Alter von Jahren
- Bruders/Schwester

2. die notwendige Pflege meines **nicht im gemeinsamen Haushalt** lebenden, erkrankten oder verunglückten

- Kindes, Wahl- oder Pflegekindes im Alter vonJahren.

3. die notwendige Betreuung

- meines Kindes, Wahl-, Pflege- oder Stiefkindes
- des Kindes des/der Lebensgefährten/in bzw. des/der eingetragenen Partners/in

infolge des **Ausfalles von Frau/von Herrn**, die/der das Kind ständig betreut hat, durch

- Tod
- Aufenthalt in einer Heil- und Pflegeanstalt
- Verbüßung einer Freiheitsstrafe oder einer sonstigen behördlich angeordneten Anhaltung
- schwere Erkrankung

Eine andere geeignete Pflege- bzw. Betreuungsperson stand nicht zur Verfügung.

4. die Begleitung

- meines noch nicht 12-jährigen, erkrankten Kindes, Wahl-, Pflege- oder Stiefkindes
- des noch nicht 12-jährigen, erkrankten Kindes des/der Lebensgefährten/in bzw. des/der eingetragenen Partners/in

bei einem **stationären Aufenthalt** in einer Heil- und Pflegeanstalt.

5. Ich habe im laufenden Schuljahr (Kalenderjahr für Sekretärinnen) bereits
.....Arbeitsstunden Pflegefreistellung in Anspruch genommen.

Mir ist bekannt, dass unwahre Angaben disziplinare, dienst- und besoldungsrechtliche sowie strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können.

Anlage: ärztliches Attest oder sonstige Bestätigungen
sofern die Bestätigung nicht am Formblatt erfolgt

.....
Datum und Unterschrift der Musiklehrperson

.....
Bestätigung des Arztes/der Ärztin

6. Dienststelle:

Die Anspruchsvoraussetzungen sind glaubhaft.

Die im laufenden Schuljahr (Kalenderjahr für Sekretärinnen) mögliche Pflegefreistellung wurde durch die beantragte Pflegefreistellung nicht überschritten.

.....
Datum und Unterschrift des Direktors/der Direktorin