Pflegefreistellung

....
Vorname, Zuname Dienststelle (Stammschule)

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 von ..... Jahren.

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 disziplinäre, 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