

## Bescheinigung des Arbeitgebers zur Unabkömmlichkeit der Arbeitnehmerin/ des Arbeitnehmers als Nachweis für die Notbetreuung

Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich als Unterschriftsbefugte/r des unten aufgeführten Arbeitgebers,

Arbeitnehmer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dass die im Folgenden aufgeführte Person als Erziehungsberechtigte/r eine unabkömmliche Tätigkeit wahrnimmt zur Aufrechterhaltung von

- Störfallbetrieben
- medizinischer, veterinärmedizinischer, pharmazeutischer und pflegerischer Versorgung
- Unterstützungsbereichen, Reinigung, Essensversorgung, Laboren
- Kinder- und Jugendhilfe, Behindertenhilfe
- Justiz- und Maßregelvollzug
- Landesverteidigung
- öffentlicher Sicherheit und Ordnung einschl. Behörden des Arbeits-, Gesundheits- und Verbraucherschutzes
- Einrichtungen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr (Feuerwehr, freiwillige Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz)
- der öffentlichen Infrastruktur (Medien, Presse, Wärme, Kraftstoffversorgung, Telekommunikationsdienste, Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung)
- Landwirtschaft, Versorgungseinrichtungen des Handels und Logistik
- zentralen Stellen von Staat, Justiz und Verwaltung
- Geldinstituten (Finanzen und Versicherungen), Steuerberater/Steuerberaterinnen
- Bestattern und Krematorien
- Personal von Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, alleinerziehende Berufstätige, Lehrkräfte im Vorbereitungsdienst, alleinerziehende Schülerinnen und Schüler und Studenten, Beschäftigte in medizinischen, therapeutischen und ähnlichen Dienstleistungsbetrieben sowie Fußpflege, Friseure, Beratungspersonal der Schwangerschaftskonfliktberatung, des Frauen- und Kinderschutzes sowie sozialer Krisen-Interventionseinrichtungen

**Hiermit bestätige ich, dass die Gewährung flexibler Arbeitszeit und Arbeitsgestaltung (Home-office) nicht möglich ist und daher eine Notbetreuung erforderlich ist.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

**Erklärung vom Arbeitnehmer:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit bestätige ich, dass keine alternative Betreuung meines Kindes \_\_\_\_\_ möglich ist.  
(Vor- und Zuname)

Ich bin alleinerziehend.

Mein Kind muss deshalb in der Kindereinrichtung/Schule \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ betreut werden.  
(Datum)

Ich bin telefonisch wie folgt zu erreichen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift