

**Anmeldung zur Notbetreuung in einer Kindertagesstätte vom 02.-12.06.2020
- Teil 1 (auszufüllen von den Personensorgeberechtigten) -**

Name des Kindes: _____

Reguläre Kindertageseinrichtung: _____

Ich/Wir benötige(n) eine Notbetreuung an folgenden Tagen und Uhrzeiten:

KW	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
23. (02.-05.06.)	Feiertag				
24. (08.-12.06.)					

Mein Kind gehört einer sogenannten Risikogruppe an

nein

ja, aufgrund folgender Erkrankung: _____

Angaben zu den/der/dem Personensorgeberechtigten

Name: _____

Name: _____

Beruf: _____

Beruf: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

alleinerziehend

Ich/Wir beantragen die Aufnahme in die Notbetreuung aufgrund der betriebsnotwendigen Stellung mindestens eines Erziehungsberechtigten in einem Berufszweig von allgemeinem öffentlichem Interesse:

Tätigkeitsfeld	Zugehörigkeit
Beschäftigte im Gesundheitsbereich, im medizinischen und pflegerischen Bereich	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2
Beschäftigte zur Aufrechterhaltung der Staats- und Regierungsfunktionen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2
Beschäftigte im Bereich von Polizei, Rettungsdienst, Katastrophenschutz und Feuerwehr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2
Beschäftigte im Vollzugsbereich einschl. Justizvollzug, Maßregelvollzug und vergleichbare Bereiche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2
Beschäftigte in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe/Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2
Beschäftigte zur Aufrechterhaltung der Daseinsvorsorge, bspw. Strom-, Gas-, Wasserversorgung, Telekommunikation, Abfallentsorgung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2

Tätigkeitsfeld	Zugehörigkeit
Beschäftigte im Bereich Kraftstoffversorgung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2
Beschäftigte im Bereich der Ernährung und Hygiene (Produktion, Groß- und Einzelhandel)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2
Beschäftigte im Bereich der Finanzen (Bargeldversorgung, Sozialtransfers)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2
Beschäftigte im Bereich Transport und Verkehr (Logistik für die kritische Infrastruktur, ÖPNV)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2
Beschäftigte im Bereich der Medien und Kultur, (Risiko- und Krisenkommunikation)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2
Beschäftigte in öffentlicher Verwaltung mit unverzichtbaren systemrelevanten Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person 1 <input type="checkbox"/> ja, Person 2

Ich/Wir beantragen die Aufnahme in die Notbetreuung aufgrund von festgestelltem Unterstützungsbedarf aus folgendem Grund:

Integrationskind

Sprachförderbedarf im Jahr vor der Einschulung

vom Jugendamt festgestellter besonderer Förderbedarf



Auf mich/uns treffen die vorgenannten Kriterien nicht zu und ich/wir beantrage(n) die Aufnahme in die Notbetreuung aufgrund eines Härtefalls aus folgendem Grund:

Aus folgenden Gründen besteht keine Alternative zur Notbetreuung (nicht auszufüllen bei festgestelltem Unterstützungsbedarf):

Ich/Wir bestätige(n), dass mein/unsere Kind sowie weitere mit dem Kind in einem Haushalt lebende Kontaktpersonen

- keine grippeartigen Symptome aufweisen
- nicht mit dem Corona-Virus infiziert sind
- innerhalb der letzten 14 Tage keinen Kontakt zu einer bestätigt am Corona-Virus erkrankten Person hatten oder einem Verdachtsfall, dessen Untersuchungsergebnis noch aussteht, mit Ausnahme von Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind und der Kontakt kontrolliert und unter Einsatz von Schutzkleidung stattfand
- sich innerhalb der letzten 14 Tage nicht im Ausland aufgehalten haben.

Sofern nach dem Zeitpunkt der Anmeldung eines dieser Kriterien zutrifft, informiere(n) ich/wir unverzüglich die Einrichtung und bringe(n) mein/unsere Kind nicht zur Einrichtung.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass für die Notbetreuung von Kindern, die das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ein Beitrag in Höhe von 10 € pro Betreuungstag pro Kind erhoben wird, maximal jedoch 202 € pro Monat. Die Anzahl der Stunden pro Tag hat keine Auswirkungen auf die Höhe des Beitrags.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten zur Prüfung und Gewährleistung einer Zulassung zur Notbetreuung während der infektionsschutzrechtlich veranlassten Schließung von Kindertagesstätten von den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung, der Gemeinde Weyhe und dem Landkreis Diepholz erhoben und verarbeitet werden dürfen.

Hinweis: In der Notbetreuung können die aktuell geltenden Abstandsregelungen nicht eingehalten werden. Bei gleichzeitiger Betreuung von bis zu acht bzw. 13 Kindern besteht insofern ein erhöhtes Infektionsrisiko.

Datum: _____

Unterschrift 1. Personensorgeberechtigte/r

Unterschrift 2. Personensorgeberechtigte/r



**Anmeldung zur Notbetreuung in einer Kindertagesstätte vom 02.-12.06.2020
- Teil 2 (auszufüllen vom Arbeitgeber) -**

Dieser Vordruck ist nur auszufüllen, wenn die Aufnahme in die Notbetreuung aufgrund der betriebsnotwendigen Stellung mindestens eines Erziehungsberechtigten in einem Berufszweig von **allgemeinem öffentlichem Interesse** oder aufgrund des **Vorliegens eines Härtefalls** erfolgen soll.

Name der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers: _____

Bezeichnung der Tätigkeit: _____

Es besteht keine Veränderung zum vorherigen Formular (In diesem Fall wären keine weiteren Angaben erforderlich.)

Konkrete Beschreibung der Tätigkeit:

Begründung, warum sich die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer in betriebsnotwendiger Stellung befindet:
(nur auszufüllen, wenn der Berufszweig von allgemeinem öffentlichem Interesse ist)

Für die Arbeitnehmerin/den Arbeitnehmer besteht die Möglichkeit des Home Office

ja nein

Für die Arbeitnehmerin/den Arbeitnehmer besteht die Möglichkeit der zeitlich flexiblen Ableistung der Arbeitszeit

ja nein

Wenn ja, Erläuterung: _____

Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Stunden wöchentlich / täglich

Verteilung der Arbeitszeit: _____ - _____ Uhr an folgenden Wochentagen: _____

Für weitere Erläuterungen können separate Schreiben oder die Rückseite genutzt werden.

Stempel, Datum, Unterschrift