

**Schoolweg 8 49808 Lingen**

Tel: 0591 – 62203

Fax: 0591 – 9662954

Email: sekretariat@gs-holthausen.de

 schulleitung@gs-holthausen.de

Homepage: www.gs-holthausen.de

|  |
| --- |
| Antrag auf Notbetreuung |

Hiermit beantrage ich,

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  |
| **Anschrift:** |  |
| **Telefon:** | Festnetz: | Mobil: |
| **E-Mail:** |  |

für mein Kind / meine Kinder:

|  |
| --- |
|  |

eine Notbetreuung von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uhr (max. 8 Uhr bis 13 Uhr)

 an folgenden Tagen (genauen Termin angeben):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Notbetreuung ist erforderlich, da ich beschäftigt bin in folgendem Bereich/Berufsgruppe:

Gesundheitsbereich, medizinischem Bereich, pflegerischem Bereich

Rettungsdienstes (Polizei, Feuerwehr, Katastrophenschutz etc.)

Vollzugsdienst (z.B. Justizvollzug), Stationäre Jugendhilfe

Ernährung und Hygiene (z.B. Lebensmittelproduktion, Einzelhandel)

Informationstechnik und Telekommunikation (Entstörung, Aufrechterhaltung Netze)

Finanzen (z.B. Bargeldversorgung)

Transport und Verkehr (z.B. Logistik, öffentlicher Nahverkehr)

Entsorgung (z.B. Müllabfuhr)

Ich bin beschäftigt bei (Arbeitgeber):

|  |
| --- |
|   |

Die betriebsnotwendige Stellung sollte durch eine entsprechende **Bescheinigung des Arbeitgebers** (bei Selbstständigen durch Eigenerklärung) schriftlich nachgewiesen werden.

 Es liegt ein sonstiger besonderer

Härtefall vor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mein/e Lebenspartner/in kann die Betreuung nicht übernehmen, da

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bestätige, die Richtigkeit meiner Angaben.

|  |
| --- |
| (Ort, Datum) (Unterschrift des/der Antragstellers/in) |