

Formular Bestätigung über die Inanspruchnahme von Pflegezeit zur Begleitung in der letzten Lebensphase nach § 3 VI PflegeZG

Dieses Formular nutzen Sie für die Inanspruchnahme von Pflegezeit zur Begleitung in der letzten Lebensphase nach § 3 VI PflegeZG. Der Arbeitgeber (im folgenden SGE HR-Bereich/Kaufmann), die Führungskraft und der Mitarbeiter unterschreiben die Bestätigung. Im Falle einer teilweisen Freistellung gilt dieses Dokument als Vereinbarung über die neue getroffene Arbeitszeitverteilung.

Persönliche Daten (vom Mitarbeiter auszufüllen)

Personalnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

Name

Vorname

Daten des zu pflegenden Angehörigen (vom Mitarbeiter auszufüllen)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Angehörigenverhältnis zum Arbeitnehmer gemäß § 7 III PflegeZG

- Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners
- Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern
- Schwiegerkinder Geschwister
- Enkelkinder Schwägerinnen und Schwäger

Dauer der Pflegezeit nach § 3 VI PflegeZG (vom Mitarbeiter auszufüllen)

Erster Tag der Pflegezeit (frühestens 10 Tage nach Einreichen des Formulars)

Letzter Tag der Pflegezeit

Anzahl Monate (Maximum beträgt 3 Monate)

Umfang der Freistellung (vom Mitarbeiter auszufüllen)

vollständige Freistellung

teilweise Freistellung mit gewünschter Arbeitszeit

in Höhe von Stunden pro Woche

Bei teilweiser Freistellung wird folgende Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit gewünscht:

	von	bis		von	bis
Montag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dienstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mittwoch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Donnerstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Freitag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Samstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Das ärztliche Zeugnis über die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der Sterbebegleitung (progredienter Krankheitsverlauf, Erreichen eines weit fortgeschrittenen Stadiums, Heilung ist ausgeschlossen, palliativmedizinische Behandlung ist notwendig, begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder Monaten):

liegt bei

wird zeitnah nachgereicht

Dem Arbeitnehmer ist bewusst, dass sich sein Urlaubsanspruch durch die Inanspruchnahme der Pflege- oder Familienpflegezeit entsprechend der Bestätigung reduziert und er sich bei einer vollständigen Freistellung um seine sozialversicherungsrechtliche Absicherung (insbesondere die Krankenversicherung) selbst kümmern muss.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Führungskraft / selbst. Kaufleute

Unterschrift Mitarbeiter

**Mitarbeiter Kaufleute: Senden Sie das Formular an Ihr zuständiges HR-Services Administration & Abrechnung.
Mitarbeiter Nicht-Kaufleute: Legen Sie das Formular Ihrem zuständigen SGE HR-Bereich zur Unterschrift vor.**

Der gewünschten Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit wird entsprochen.

Ort, Datum

Unterschrift SGE HR-Bereich / selbst. Kaufleute

Bitte senden Sie eine Kopie der Bestätigung an das zuständige HR-Services Administration & und senden das unterschriebene Original an den Mitarbeiter.