

**Formular Antrag zur Inanspruchnahme der kurzzeitigen
Arbeitsverhinderung nach § 2 I PflegeZG**

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 kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 I PflegeZG (vom Mitarbeiter auszufüllen)

Erster Tag der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung

Voraussichtlich letzter Tag der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung

Anzahl Tage (Maximum beträgt 10 Tage)

Der Arbeitnehmer erklärt hiermit, dass die Voraussetzungen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 I PflegeZG vorliegen: Der Arbeitnehmer bleibt der Arbeit fern, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

Die ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen

- Angehörigen: liegt bei wird zeitnah nachgereicht

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter

Bitte senden Sie das Formular an Ihr zuständiges HR-Services Administration & Abrechnung.