**Antrag auf Notfallbetreuung in Kindertageseinrichtungen**

**Antragsteller:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Beide Erziehungsberechtigte** sind im Bereich der kritischen Infrastruktur tätig. |
|  | **Alleinerziehend** und im Bereich der kritischen Infrastruktur tätig. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Elternteil** | 1. **Elternteil** |
| Vorname: | Vorname: |
| Nachname: | Nachname: |
| Straße: | Straße:  (nur angegeben bei Abweichung zu 1. Elternteil) |
| PLZ, Ort: | PLZ, Ort:  (nur angegeben bei Abweichung zu 1. Elternteil) |
| Telefon: | Telefon:  (nur angegeben bei Abweichung zu 1. Elternteil) |
| E-Mail: | E-Mail:  (nur angegeben bei Abweichung zu 1. Elternteil) |
| Arbeitgeber: | Arbeitgeber: |
| Tätigkeit/Funktion: | Tätigkeit/Funktion: |
| Beschäftigungsumfang (Voll- oder Teilzeit): | Beschäftigungsumfang (Voll- oder Teilzeit): |

**Erziehungsberechtigte des Kindes / der Kinder müssen in einem der folgenden Bereichen zwingend tätig sein** (bitte betreffende Tätigkeit ankreuzen) **:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (hauptamtliche Kräfte: Feuerwehr, Polizei, Ortspolizei-behörde und Katastrophenschutz) |  | die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung (hauptamtliche Kräfte: Feuerwehr, Polizei, Ortspolizei-behörde und Katastrophenschutz) |
|  | die Sicherstellung der systemrelevanten öffentlichen Infrastruktur (Energie, Wasser, Entsorgung, Telekommuni-kation, zentrale Dienste der Stadtverwaltung) |  | die Sicherstellung der systemrelevanten öffentlichen Infrastruktur (Energie, Wasser, Entsorgung, Telekommuni-kation, zentrale Dienste der Stadtverwaltung) |
|  | die ärztliche Versorgung inklusive Rettungsdienste |  | die ärztliche Versorgung inklusive Rettungsdienste |
|  | der Pflege inklusive ggf. Hilfsorganisa-tionen wie DRK, Malteser außerhalb der Tätigkeit im Rettungsdienst |  | der Pflege inklusive ggf. Hilfsorganisa-tionen wie DRK, Malteser außerhalb der Tätigkeit im Rettungsdienst |
|  | Hersteller für die Versorgung notwendiger Medizinprodukte |  | Hersteller für die Versorgung notwendiger Medizinprodukte |
|  | die Lebensmittelversorgung und Apotheken |  | die Lebensmittelversorgung und Apotheken |

**Angaben zu dem Kind/ der Kinder:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kind 1** | | **Kind 2** | |
| Vorname: | | Vorname: | |
| Nachname: | | Nachname: | |
| Geburtsdatum: | | Geburtsdatum: | |
| Derzeit in folgender Einrichtung betreut: | | Derzeit in folgender Einrichtung betreut: | |
| Minimal notwendiger Betreuungsbedarf pro Tag | | Minimal notwendiger Betreuungsbedarf pro Tag | |
|  | Montag |  | Montag |
|  | Dienstag |  | Dienstag |
|  | Mittwoch |  | Mittwoch |
|  | Donnerstag |  | Donnerstag |
|  | Freitag |  | Freitag |
|  | | | |
| **Kind 3** | | **Kind 4** | |
| Vorname: | | Vorname: | |
| Nachname: | | Nachname: | |
| Geburtsdatum: | | Geburtsdatum: | |
| Derzeit in folgender Einrichtung betreut: | | Derzeit in folgender Einrichtung betreut: | |
| Minimal notwendiger Betreuungsbedarf pro Tag | | Minimal notwendiger Betreuungsbedarf pro Tag | |
|  | Montag |  | Montag |
|  | Dienstag |  | Dienstag |
|  | Mittwoch |  | Mittwoch |
|  | Donnerstag |  | Donnerstag |
|  | Freitag |  | Freitag |

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben!**

Wir behalten uns vor, zur Klärung der Aufnahme weitere Unterlagen (Arbeitgeberbescheinigung, etc.) anzufordern.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben zum Zweck der Unterbringung meines Kindes gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die Daten werden gelöscht, sobald das Kind sich nicht mehr in der Notfallbetreuung befindet. Auf Ihren ausdrücklichen Wunsch werden die Daten jederzeit gelöscht.

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

Datum Unterschrift 1. Elternteil

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

Datum Unterschrift 2 Elternteil