

Anlage für Arbeitgeber

Sehr geehrte Arbeitgeber,

für die Planung und Einrichtung von Kita-Notgruppen benötigen wir Angaben von Ihnen in Bezug auf die Art und den Umfang des Arbeitsverhältnisses. Bitte beachten Sie, dass wir nur Kita-Notgruppen planen und organisieren, für Mitarbeiter, die in einem der aufgeführten Bereiche tätig sind. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen entsprechend zu beantworten und auszufüllen.

| Vom Arbeitnehmer auszufüllen | |
|---|---|
| Arbeitsbereich | <p>Zutreffendes bitte ankreuzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Energie, Wasser, Ernährung <input type="checkbox"/> Informationstechnik und Telekommunikation <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Finanz und Versicherungswesen <input type="checkbox"/> Transport und Verkehr, 2. <input type="checkbox"/> Gesamte Infrastruktur zur medizinischen und pflegerischen Versorgung <input type="checkbox"/> Notwendige Unterstützungsbereiche zur Aufrechterhaltung dieser Versorgung <input type="checkbox"/> Altenhilfe, Altenpflege <input type="checkbox"/> Ambulante Pflegedienste 3. Soweit Beschäftigte von Ihrem Dienstherrn unabhkmmlich gestellt werden: <input type="checkbox"/> Regierung und Verwaltung <input type="checkbox"/> Parlament <input type="checkbox"/> Justizeinrichtungen <input type="checkbox"/> Notwendige Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge 4. <input type="checkbox"/> Polizei und Feuerwehr (auch Freiwillige) <input type="checkbox"/> Notfall-/Rettungswesen, Katastrophenschutz 5. <input type="checkbox"/> Rundfunk und Presse 6. <input type="checkbox"/> ÖPNV und Schienenpersonenverkehr <input type="checkbox"/> Beschäftigte der lokalen Busunternehmen, sofern sie im Linienverkehr eingesetzt sind. 7. <input type="checkbox"/> Straßenmeistereien und Straßenbetriebe <input type="checkbox"/> Bestatter |
| Name, Vorname des betreffenden Mitarbeiters | |
| Name, Vorname des Kindes | |
| Aktuelle Arbeitszeiten des Mitarbeiters | Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag |
| Andere Betreuungsmöglichkeit Unterschrift Arbeitnehmer | Ich versichere, dass ich keine andere Betreuungsmöglichkeit (Ehe- oder Lebenspartner, Freunde etc.) habe. |
| Vom Arbeitgeber auszufüllen | |
| Name und Anschrift Arbeitgeber Stempel | |
| Datum | |
| Unterschrift Arbeitgeber | |