

# Bescheinigung des Arbeitgebers zur Unabkömmlichkeit der Arbeitnehmerin/ des Arbeitnehmers (Stand 04.05.2020) als Nachweis für die Notbetreuung vom ab 04.05.2020

Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich als Unterschriftsbefugte/r des unten aufgeführten Arbeitgebers,

Arbeitnehmer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dass die im Folgenden aufgeführte Person als Erziehungsberechtigte/r eine unabkömmliche Tätigkeit gemäß der fünften Verordnung des Landes Sachsen-Anhalt vom 02. Mai 2020 wahrnimmt zur Aufrechterhaltung von

- Gesundheits- und Arzneimittelversorgung, Pflege
- Unterstützungsbereiche, Reinigung, Essensversorgung, Labore
- Kinder- und Jugendhilfe, Behindertenhilfe
- Justiz- und Maßregelvollzug
- Landesverteidigung
- öffentlicher Sicherheit und Ordnung einschl. Behörden des Arbeits-, Gesundheits- und Verbraucherschutzes
- Einrichtungen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr (Feuerwehr, freiwillige Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz)
- der öffentlichen Infrastruktur (Medien, Presse, Wärme, Kraftstoffversorgung, Telekommunikationsdienste, Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung)
- Landwirtschaft, Versorgungseinrichtung des Handels & Dienstleistungen und Logistik
- zentralen Stellen von Staat, Justiz und Verwaltung
- Geldinstituten
- Störfallbetriebe
- Bestattungen und Krematorien
- Dienstleistungen der Körperpflege (Friseure, Barbieri, Nagel- & Kosmetikstudio)
- Personal von Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, Beratungspersonal der Schwangerschaftskonfliktberatung, des Frauen- und Kinderschutzes sowie sozialer Krisen-Interventionseinrichtungen

**Hiermit bestätige ich, dass die Gewährung flexibler Arbeitszeit und Arbeitsgestaltung (Home-office) nicht möglich ist und daher eine Notbetreuung im Sinne des § 14 Abs. 2 der fünften Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Sachsen-Anhalt erforderlich ist.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

## **Erklärung vom Arbeitnehmer:**

(Zutreffendes bitte vom Arbeitnehmer ankreuzen)

Hiermit bestätige ich, dass keine alternative Betreuung meines Kindes \_\_\_\_\_ möglich ist.  
(Vor- und Zuname)

Ich bin alleinerziehend.

Mein Kind muss deshalb in der Kindereinrichtung \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ betreut werden.  
(Datum)

Ich bin telefonisch wie folgt zu erreichen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift