

Bescheinigung des Arbeitgebers zur Unabkömmlichkeit der Arbeitnehmerin/ des Arbeitnehmers (Stand 15.12.2020) als Nachweis für die Notbetreuung ab 21.12.2020

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 neunten Verordnung des Landes Sachsen-Anhalt vom 15.12.2020 wahrnimmt, zur Aufrechterhaltung von

- Gesundheits- und Arzneimittelversorgung, Veterinärmedizin, Pflege, einschließl. der zur Aufrechterhaltung notwendigen Unternehmen (z. B. Pharmazeutische Industrie, Medizinproduktehersteller, MDK, Krankenkassen)
- Unterstützungsbereiche: z. B. Reinigung, Essensversorgung, Labore
- Kinder- und Jugendhilfe, Behindertenhilfe
- Justiz- und Maßregelvollzug, Abschiebungshaftvollzugs
- Landesverteidigung
- zentralen Stellen von Staat, Justiz und Verwaltung
- öffentl. Sicherheit und Ordnung einschl. Behörden des Arbeits-, Gesundheits- und Verbraucherschutzes
- Straßenmeisterei, Straßenbetriebe
- Einrichtungen der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr (Feuerwehr, freiwillige Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz)
- der öffentlichen Infrastruktur: Medien, Presse, Wärme, Kraftstoffversorgung, Telekommunikationsdienste, Energie, Wasser, Versicherungen, ÖPNV, Entsorgung, Geldinstituten, Störfallbetriebe
- Landwirtschaft, Versorgungseinrichtung des Handels, einschl. Zulieferung und Logistik
- Bestattungen und Krematorien
- Personal von Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, Beratungspersonal der Schwangerschaftskonfliktberatung, des Frauen- und Kinderschutzes sowie sozialer Kriseninterventions-einrichtungen

Hiermit bestätige ich, dass die Gewährung flexibler Arbeitszeit und Arbeitsgestaltung (Home-office) nicht möglich ist und daher eine Notbetreuung im Sinne des § 11 der neunten 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