



Checkliste für Sorgeberechtigte auf Anspruch einer Notbetreuung zur Vorlage bei der zuständigen Evangelischen Kita

Diese Checkliste dient dazu, Ihren Anspruch auf Notfallbetreuung zu prüfen und ggf. nachzuweisen

Bitte beachten Sie:

Mit der Schließung von Kindertageseinrichtungen sollen die Infektionsketten des Corona-Virus unterbrochen werden. Eine Notbetreuung dient lediglich zur Sicherstellung grundlegender Aspekte der Daseinsvorsorge und kann daher nur im absoluten Ausnahmefall gewährt werden! Bitte prüfen Sie daher sehr sorgfältig und kritisch, ob für Sie tatsächlich ein Ausnahmefall zutrifft. Der Aufenthalt zu Hause und in kleinen Gruppen ist unbedingt der Betreuung in einer Einrichtung vorzuziehen. Oberstes Ziel ist und bleibt die Unterbrechung von Infektionsketten. Es liegt eine Notsituation vor, bei der individuelle Interessen soweit wie möglich zurückstehen müssen! Ein Anspruch auf eine Notbetreuung besteht nicht!

Bitte füllen Sie die folgenden Abfragen vollständig aus:

Evangelische Kita: _____

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Nur wenn für mindestens einen der Sorgeberechtigten ein Ausnahmefall vorliegt, ist eine Notbetreuung möglich.

Bitte nehmen Sie die folgende Einschätzung daher für jeden Sorgeberechtigten vor. Geben Sie daher in der folgenden Checkliste bitte auch an, wenn es lediglich eine sorgeberechtigte Person gibt.

Antragsgrund - bitte ankreuzen:

- mindestens ein Elternteil (bzw. eine alleinerziehende Person) in betriebsnotwendiger Stellung in einem Berufszweig von allgemeinem öffentlichem Interesse tätig ist.**
- wenn pädagogischer Unterstützungsbedarf (insbesondere Sprachförderungsbedarf) besteht.**
- für Kinder, die im Sommer 2021 schulpflichtig werden.**
- bei individuellen Härtefällen (insbesondere Gefährdung des Kindeswohls), eine Entscheidung darüber, ob ein Härtefall vorliegt, erfolgt in Abstimmung zwischen Kita-Leitung und Geschäftsführung des Trägers**



KIRCHENKREISAMT GÖTTINGEN - MÜNDE N

Tätigkeitsfeld	Ja, bitte betroffene/n Erziehungsberechtigte/n ergänzen	Betriebs- notwendige Stellung bestätigt ¹	Home- Office nicht möglich ¹
Polizei, Justizvollzug, Ordnungsbereich	, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettungsdienst, Berufsfeuerwehr	, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitswesen	, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungswesen	, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staats- und Regierungsfunktionen	, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tätigkeit von allg. öffentlichen Interesse ¹	, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin allein erziehend	, _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹Eine entsprechende Bescheinigung des Arbeitgebers (Anlage) ist zwingend beizufügen!

Beschreiben Sie bitte, welche Tätigkeit in Ihrem Beruf genau Sie ausüben:

Sorgeberechtigte/r 1: _____

Sorgeberechtigte/r 2: _____

Welche Alternativen für eine Notbetreuung haben Sie geprüft:

Mit dem oder den Arbeitgeber/n wurden nachfolgende Alternativen zur Leistung der Arbeit geprüft und verworfen:



KIRCHENKREISAMT GÖTTINGEN - MÜNDE N

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Umstände kann auf eine Betreuung in nachfolgendem Umfang keinesfalls verzichtet werden. Mir ist klar, dass ich selbst im Falle einer Ausnahmerechtigung gehalten bin, durch die Prüfung geeigneter Alternativen den Betreuungsumfang so gering wie möglich zu halten.

Die Entscheidung über die maximal mögliche Betreuungszeit obliegt abschließend dem zuständigen Kita-Verband, der auf Grundlage der infektionsschutzrechtlichen Vorgaben unter Bewertung der aktuellen Situation entscheiden wird.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von:	Von:	Von:	Von:	Von:
Bis:	Bis:	Bis:	Bis:	Bis:

- Ich/Wir erkläre/n, dass alle Mitglieder der Familie**
 - keinen Kontakt hatten zu Personen aus Regionen mit gehäuftem COVID 19-Auftreten
 - keinen Kontakt hatten zu Reiserückkehrern aus Risikogebieten gemäß der aktuellen RKI Hinweise
 - bei oder nach Kontakt zu einem bestätigten COVID 19 Fall gesund sind
 - die Bestimmungen gemäß der Verfügung zur häuslichen Quarantäne nach einer bestätigten COVID 19 Erkrankung eingehalten haben
- Ich bin/Wir sind damit einverstanden**, dass meine/unsere personenbezogenen Daten zur Prüfung und Gewährleistung eines Anspruchs auf Notbetreuung während der infektionsschutzrechtlich veranlassten Schließung von Kindertagesstätten und Schulen von Einrichtung, Träger und/oder kommunalem Träger erhoben und verarbeitet werden dürfen.
- Eine Bestätigung meines/unsere Arbeitgebers über die betriebliche Notwendigkeit der persönlichen Erbringung der Arbeitsleistung liegt bei.

Datum, Unterschriften aller sorgeberechtigter Personen

Bestätigung des Arbeitgebers

über die betriebliche Notwendigkeit des persönlichen Arbeitseinsatzes / der persönlichen Anwesenheit am Arbeitsplatz für

Frau/Herrn _____

Ist in meinem/unseren Betrieb beschäftigt als _____.

Mein/unser Betrieb ist tätig in folgenden systemrelevanten Bereichen:

- Gesundheitswesen (ärztl. Versorgung, Krankenpflege, Altenpflege)
- Erziehungs- und Bildungswesen
- Rettungsdienst, Berufsfeuerwehr
- Staatliche und Regierungsfunktionen
- Polizei, Justizbereich, Ordnungsbereich
- Sonstiger Bereich von allg. öffentlichen Interesse, und zwar: _____

Die Stellung von Frau/Herrn _____ in meinem/unserem Betrieb ist als betriebsnotwendig einzuschätzen.

Seine/Ihre persönliche Anwesenheit am Beschäftigungsort ist aus folgenden Gründen zwingend erforderlich:

Die Anwesenheit von Frau/Herrn _____ ist zu folgenden Zeiten zwingend erforderlich:

<input type="checkbox"/>	Montag	von		Uhr	bis		Uhr
<input type="checkbox"/>	Dienstag	von		Uhr	bis		Uhr
<input type="checkbox"/>	Mittwoch	von		Uhr	bis		Uhr
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	von		Uhr	bis		Uhr
<input type="checkbox"/>	Freitag	von		Uhr	bis		Uhr

Es besteht keine Möglichkeit, diese Tätigkeiten im Home-Office/Mobile-Office auszuführen.

Es besteht keine Möglichkeit, den/die Arbeitnehmer/in anderweitig (z.B. durch Sonderurlaub etc.) zu entlasten.

Datum

Unterschrift, Firmenstempel