

**Antragsformular für den Kinder-Betreuungsbedarf in den Einrichtungen
des Landkreises Spree-Neiße/ Wokrejs Sprjewja-Nysa
(Kreisverwaltung, Heinrich-Heine-Straße 1, 03149 Forst (Lausitz) / Baršć (Łużyca))
und seiner Kommunen**



Hiermit erkläre ich, dass ich / wir als Personensorgeberechtigte in Berufen der Kritischen Infrastruktur arbeite/n und für die Zeit der Schließung der Kindertagesstätten im Landkreis Spree-Neiße/ Wokrejs Sprjewja-Nysa und seiner Kommunen keine andere Betreuungsmöglichkeit für mein Kind/meine Kinder habe.

Achtung:	Ein Betreuungsanspruch besteht in diesen Fällen nur, wenn alle sorgeberechtigten Personen in einem der nachgenannten Bereiche beschäftigt sind.	
Name, Vorname		
Wohnanschrift		
Kontakt (Telefon, E-Mail)		
Arbeitsgebiet	<input type="checkbox"/>	Energie-, Abfall-, Ab- und Wasserversorgung
(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. für jeden Sorgeberechtigten eindeutig angeben)	<input type="checkbox"/>	Informationstechnik und Telekommunikation, Arbeitsverwaltung (Leistungsverwaltung)
	<input type="checkbox"/>	Öffentlicher Personennahverkehr
	<input type="checkbox"/>	Finanz- und Versicherungswesen
	<input type="checkbox"/>	Gesundheit (Personal in gesundheitstechnischen und pharmazeutischen Bereichen, im medizinischen und im pflegerischen Bereich, der stationären und teilstationären Erziehungshilfen, in Internaten gem. § 45 SGB VIII, der Eingliederungshilfe sowie der Versorgung psychisch Erkrankter)
	<input type="checkbox"/>	Vollzugsbereich (einschließlich Justizvollzug, Maßregelvollzug und vergleichbare Bereiche)
	<input type="checkbox"/>	Rechtspflege
	<input type="checkbox"/>	Land- und Ernährungswirtschaft, Lebensmitteleinzelhandel und Versorgungswirtschaft
	<input type="checkbox"/>	Polizei, Bundeswehr, Verwaltung aller Ebenen von Bund bis Kommune, Beschäftigte in der fortgeführten Kindertagesbetreuung
	<input type="checkbox"/>	Bestattungswesen
	<input type="checkbox"/>	Feuerwehr, Katastrophenschutz, Rettungsdienst sowie sonstige nicht-polizeiliche Gefahrenabwehr
Bestätigung Arbeitgeber (Name und Telefon)		
Name des/der Kindes/er	täglich benötigter Betreuungszeitraum	

Datum:

Unterschrift:

(Sorgeberechtigte/r)