

.....

Pflegefreistellung für Gemeinde(verbands)bedienstete (Stand 01.08.2022)

Name: Datum:

Dienststelle / Arbeitsplatz:

Ich erkläre, dass die von mir in der Zeit vom bis im Ausmaß von
Arbeitsstunden gemäß §§ 34i GBG/89 G-VBG 2012 in Anspruch genommene Pflegefreistellung erforderlich war für:

a) die notwendige Pflege oder Unterstützung meines/meiner erkrankten oder verunglückten

- Ehegatten(in)/eingetragene(r) Partners(in)
- Lebensgefährten/in
- Kindes im Alter von Jahren¹
- Kindes des/der Lebensgefährten/in bzw. des/der eingetragenen Partners(in) im Alter von Jahren.....
- Enkelkindes
- Vaters/Mutter, Wahl- oder Pflegevaters/-mutter
- Großvaters/Großmutter
- Wahl-, Pflege- bzw. Stiefkindes im Alter von Jahren
- Bruders/Schwester

b) die notwendige Pflege oder Unterstützung einer **im gemeinsamen Haushalt** lebenden, erkrankten oder verunglückten

- Person, die kein naher Angehöriger (lit. a) ist.

c) die notwendige Betreuung

- meines Kindes, Wahl-, Pflege- oder Stiefkindes
- des Kindes des/der Lebensgefährten/in bzw. des/der eingetragenen Partners/in

infolge des **Ausfalles von Frau/von Herrn**, die/der das Kind ständig betreut hat, durch

- Tod
- Aufenthalt in einer Heil- und Pflegeanstalt
- Verbüßung einer Freiheitsstrafe oder einer sonstigen behördlich angeordneten Anhaltung
- schwere Erkrankung

Eine andere geeignete Pflege- bzw. Betreuungsperson stand nicht zur Verfügung.

d) die Begleitung

¹ Vor Vollendung des 12. Lebensjahres des erkrankten oder verunglückten Kindes besteht ein Anspruch auf eine zweite Woche Pflegefreistellung (auch aus Anlass ein- und derselben Erkrankung). Weiters steht die zweite Woche auch für ein erkranktes behindertes Kind, für das erhöhte Familienbeihilfe gewährt wird, unabhängig vom Alter des Kindes zu.

- meines noch nicht 12-jährigen, erkrankten Kindes, Wahl-, Pflege- oder Stiefkindes
- des noch nicht 12-jährigen, erkrankten Kindes des/der Lebensgefährten/in bzw. des/der eingetragenen Partners/in

bei einem **stationären Aufenthalt** in einer Heil- und Pflegeanstalt.

Ich bin

- vollbeschäftigt
- teilzeitbeschäftigt

und habe im laufenden Kalenderjahr bereits Arbeitsstunden Pflegefreistellung in Anspruch genommen.

Mir ist bekannt, dass unwahre Angaben disziplinare, dienst- und besoldungsrechtliche sowie strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können. Ich bin damit einverstanden, dass die als Pflegefreistellung in Anspruch genommene Zeit auf den mir zustehenden Erholungsurlaub angerechnet werden kann, wenn sich herausstellt, dass die Anspruchsvoraussetzungen nicht gegeben sind.

Anlage: ärztliches Attest oder sonstige Bestätigungen
sofern die Bestätigung nicht am Formblatt erfolgt

.....

Unterschrift Bedienstete/r

.....

Bestätigung des Arztes/der Ärztin

Gemeinde / Marktgemeinde / Stadtgemeinde

Die Anspruchsvoraussetzungen sind glaubhaft.

Die im laufenden Kalenderjahr mögliche Pflegefreistellung wurde durch die beantragte Pflegefreistellung nicht überschritten.

.....

Unterschrift Bürgermeister/in bzw. Amtsleiter/in