

## Bescheinigung des Arbeitgebers

**Stadt Zeitz**

als Nachweis für den Notbetreuungsbedarf ab 25.03.2020 bis einschließlich 19.04.2020

Wir bescheinigen, dass Frau/Herr

\_\_\_\_\_

(Vor- und Zuname)

\_\_\_\_\_

(wohnhaft)

1. in einem der folgenden Arbeitsbereiche tätig ist:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Nr. 1: die gesamte Infrastruktur zur medizinischen, veterinär-medizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Versorgung **einschließlich** der zur Aufrechterhaltung dieser Versorgung notwendiger Unternehmen (z.B. Pharmazeutische Industrie, Medizinproduktehersteller, MDK, Krankenkassen) **und** Unterstützungsbereiche (z.B. Reinigung, Essenversorgung, Labore und Verwaltung), der Altenpflege, der ambulanten Pflegedienste, der Kinder- und Jugendhilfe und der Behindertenhilfe;
- Nr. 2: Bundeswehr, Parlament, Justiz (einschließlich Rechtsanwälte), Regierung und Verwaltung,  
  
Justiz-, Maßregel- und Abschiebehaftvollzugseinrichtungen, öffentliche Sicherheit und Ordnung (Polizei) einschließlich Agentur für Arbeit, Jobcenter, Behörden des Arbeits-, Gesundheits- und Verbraucherschutzes, der Straßenmeistereien und Straßenbetriebe sowie (freiwillige) Feuerwehr, Katastrophenschutz, Rettungsdienst **soweit** Beschäftigte von ihrem Dienstherrn **unabkömmlich** gestellt werden;
- Nr. 3: notwendige Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge zur Sicherstellung öffentlicher Infrastrukturen wie
  - Medien, Presse, Telekommunikationsdienste (insbesondere Einrichtungen zur Entstörung und Aufrechterhaltung der Netze),
  - Energie (z.B. Strom-, Wärme-, Gas-, Kraftstoffversorgung), Wasser,
  - Finanzen und Versicherungen (z.B. Bargeldversorgung, Sozialtransfers)
  - ÖPNV, Schienenpersonenverkehr, Entsorgung
  - Landwirtschaft sowie
  - der Versorgung mit Lebensmitteln und Hygieneartikeln (Produktion, Groß- und Einzelhandel) inklusive Zulieferung und Logistik;
- Nr. 4: Beratungspersonal der Schwangerenkonfliktberatung, des Frauen- und Kinderschutzes sowie sozialer Kriseninterventionseinrichtungen;
- Nr. 5: Bestatter und Beschäftigte in Krematorien.

2. im Zeitraum vom \_\_. \_\_. \_\_\_\_ bis \_\_. \_\_. \_\_\_\_ **oder**

an folgenden Tagen:

\_\_ : \_\_ : \_\_\_\_

\_\_ : \_\_ : \_\_\_\_

\_\_ : \_\_ : \_\_\_\_

\_\_ : \_\_ : \_\_\_\_

\_\_ : \_\_ : \_\_\_\_

in der Zeit

von \_\_. \_\_ Uhr bis \_\_. \_\_ Uhr

**unabkömmlich** ist.

Name des Arbeitgebers

Anschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

**vom Arbeitnehmer auszufüllen:**

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Hiermit bestätige ich, dass keine alternative Betreuung meines Kindes  
\_\_\_\_\_ möglich ist.
- Ich bin alleinerziehend und arbeite in einem o.a. Arbeitsbereich.
- Beide Elternteile arbeiten in einem o.a. Arbeitsbereich.

Mein Kind

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

wird derzeit in der Kita/dem Hort

\_\_\_\_\_ betreut.

Telefonnummer eines Elternteils:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift