

**Bestätigung einer Sonderbetreuungszeit**

**WICHTIGER HINWEIS:**

Um die Gefahr zu reduzieren, dass Sie unpassende Vertragsmuster verwenden oder Vertragsmuster in gesetzwidriger Weise abändern, ersuchen wir Sie aber, folgende Tipps zu beachten:

1. Überprüfen Sie zuerst, ob das verwendete Vertragsmuster für Ihren arbeitsrechtlichen Sachverhalt passt!
2. Nehmen Sie Änderungen nur in unbedingt notwendigem Ausmaß vor! Die Texte sind an die Bedürfnisse der Arbeitgeber angepasst und nützen die sich bietenden gesetzlichen (und kollektivvertraglichen) Möglichkeiten für Arbeitgeber aus.
3. Im Falle von Unklarheiten wenden Sie sich bitte unbedingt an Ihren arbeitsrechtlichen Berater in der Wirtschaftskammer! Dieser kann Ihre konkreten Textentwürfe durchsehen und auf ihre Gesetzmäßigkeit überprüfen.

Dieses Muster ist ein **Produkt der Zusammenarbeit aller Wirtschaftskammern**. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Burgenland Tel. Nr.: 0590 907-2330, Kärnten Tel. Nr.: 0590 904, Niederösterreich Tel. Nr.: (02742) 851-0,

Oberösterreich Tel. Nr.: 0590 909, Salzburg Tel. Nr.: (0662) 8888-397, Steiermark Tel. Nr.: (0316) 601-601,

Tirol Tel. Nr.: 0590 905-1111, Vorarlberg Tel. Nr.: (05522) 305-1122, Wien Tel. Nr.: (01) 51450-1010

**Hinweis:** Diese Information finden Sie auch im Internet unter [http://wko.at](http://wko.at/). Alle Angaben erfolgen trotz sorgfältigster Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung der Wirtschaftskammern Österreichs ist ausgeschlossen. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter!

**Bestätigung über SONDERBETREUUNGSZEIT**

zur notwendigen Betreuung eines Kindes bis zum vollendeten 14. Lebensjahres oder

zur Betreuung einer nahestehenden Person mit Behinderung/Pflegebedürftigkeit

gem. § 18 b AVRAG

|  |
| --- |
| **Herrn/Frau .................................................................................................** |

(im Folgenden Arbeitnehmer genannt)

|  |
| --- |
| **Firma ………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

(im Folgenden Arbeitgeber genannt)

Es wird Sonderbetreuungszeit

* für das Kind ……………………………………………………………, geb. am………………………………
* für die nahestehende Person mit Behinderung/Pflegebedürftigkeit

Herr /Frau ………………………………………………………………………………………………………………

für folgenden Zeitraum: ………………………………… (insgesamt max. 3 Wochen) in Anspruch genommen

Begründung:

Die Betreuung der oben angeführten Person ist in der oben angeführten Zeit

* in der Schule/im Kindergarten ………………………………………………………….. nicht möglich.

 Bestätigung der Schule/Kindergarten wurde vorgelegt

* in der Behinderteneinrichtung …………………………………………………………….nicht möglich.
* durch Ausfall der Betreuungskraft ……………………………………………………….nicht möglich.
* durch Ausfall der persönlichen Assistenz ……………………………………………… nicht möglich.
* es besteht eine Absonderung nach § 7 EpidemieG für das zu betreuende Kind.

 Absonderungsbescheid wurde vorgelegt

Weitere Betreuungsmöglichkeiten im familiären/privaten Umfeld des Arbeitnehmers bestehen nicht.

|  |  |
| --- | --- |
| **....................................,** | **am ..............................** |
| Ort | Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| **................................................** | **.................................................** |
| **Arbeitgeber** |  |  | Arbeitnehmer |

→**Falls nicht zutreffend, bitte streichen!**