

Antrag auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung entsprechend § 2 Pflegezeitgesetz

Sehr geehrte(r)

hiermit teile ich meine kurzzeitige Arbeitsverhinderung mit. Die Voraussetzungen für die Gewährung der Freistellung liegen vor.

Die zu pflegende Person ist
(*Verhältnis und Name des Angehörigen eintragen*)

und damit ein naher Angehöriger gemäß § 7 Abs. 3 PflegeZG.

Seit dem besteht eine akut eingetretene Pflegesituation.

Meine Arbeitsverhinderung dauert bis zum (*max. 10 Arbeitstage*)

Eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit und die Erforderlichkeit der Freistellung liegt bei (*oder kann ich ihnen bei Bedarf vorlegen*).

Ort, Datum,

Name / Unterschrift