

Rücksendung an (nach Unterschrift des Arbeitgebers!)

Ev. Regionalverwaltung
Frau Annette Ries
Hohemarkstr. 151
61440 Oberursel

Bitte vollständig ausfüllen, Belege
beifügen und die Unterschrift des
Arbeitgebers nicht vergessen!
Gültig ab 01.01.2021

Dienstvereinbarung Familienbudget § 3 Arbeitsbefreiung

Ansprüche bestehen grundsätzlich für ANGESTELLTE und AUSZUBILDENDE nach einer Betriebszugehörigkeit von mind. 6 Monaten. **Ansprüche sind ausgeschlossen, wenn die Beschäftigung ausschließlich im Rahmen der Freibeträge § 3 Nr. 26 und Nr. 26 a EStG erfolgt.**

Familienname (ggf. Geburtsname), Vorname	Tel:
Beschäftigt bei (Dekanat/Gemeinde/ Diakoniestation etc.)	Email:
Tätigkeit:	Arbeitstage pro Woche:

Ich beantrage eine zusätzliche Arbeitsbefreiung (freie Tage) wegen

- ☐ der Erkrankung eines nahen Angehörigen, wenn *nachweisliche* Hilfsbedürftigkeit gegeben ist (z.B. Ehegatten, Lebenspartner/in, Kinder über 12 Jahren, Großeltern, Eltern, Schwiegereltern und Geschwister), auch wenn die/der Angehörige nicht im eigenen Haushalt lebt (§ 3 Pkt. 1 DV max. **5 Arbeitstage/Jahr**)
für _____ Arbeitstage (gemäß beigefügter Bescheinigung des Arztes)
Die/der Angehörige lebt in meinem Haushalt? ☐ ja ☐ nein
- ☐ des Todes eines nahen Angehörigen (Ehegatten, Lebenspartner/in, Eltern/Stiefeltern und Großeltern, Schwiegereltern, Kinder und Geschwister), auch wenn die/der Angehörige nicht im eigenen Haushalt gelebt hat (§ 3 Pkt. 2 DV max. **3 Arbeitstage pro Sterbefall**)
für _____ Arbeitstage (Bitte fügen Sie eine Kopie der Sterbeanzeige/-urkunde bei)
Die/der Angehörige lebte in meinem Haushalt? ☐ ja ☐ nein
- ☐ der Niederkunft meiner Ehefrau/Lebenspartnerin, wenn im eigenen Haushalt lebt (§ 3 Pkt. 3 DV max. **3 Arbeitstage**).
für _____ Arbeitstage (Bitte fügen Sie eine Kopie der Geburtsurkunde bei)

ARBEITSBEFREIUNG aus dem Familienbudget Hochtaunus

- ☐ der Taufe, Konfirmation, Erstkommunion, Trauung (kirchlich/standesamtlich) oder vergleichbares biographisch-religiöses Fest meiner Person oder meines Kindes: _____ (Name und Geburtsdatum) (§ 3 Pkt. 4 DV max. **1 Arbeitstage**) für ____ Arbeitstage.

Hier ist ein Beleg der Kirchengemeinde (über die erfolgte Amtshandlung) erforderlich.

- ☐ dem unvorhersehbaren Ausfall der Betreuungsperson für mein Kind _____ (Name und Geburtsdatum), das noch nicht das 12. Lebensjahr vollendet hat, oder eine/m von mir zu pflegende/n Angehörige/n _____ (Name des Angehörigen und Verwandtschaftsgrad) (§ 3 Pkt. 5 DV **1 Arbeitstag/Jahr**).

Bitte Ausfallzeit bestätigen, z. B. ärztliche Bescheinigung oder Situation kurz selbst schriftlich schildern.

Arbeitnehmer:

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Mir ist bekannt, dass bewusst falsche oder unvollständig gemachte Angaben zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen können.

Arbeitsbefreiungen gemäß § 53 (1) Pkt. 1, 1a, 3, 4 und 6 können nicht zusätzlich beantragt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Folgende Anlagen habe ich beigelegt:

-
-
-

Arbeitgeber:

Wir erkennen die Arbeitsbefreiung an. Die Kosten werden unserem Haushalt / Wirtschaftsplan aus dem Familienbudget erstattet.

Arbeitsbefreiungen, die bereits im § 53 (1) Pkt. 1, 1a, 3, 4 und 6 KDO enthalten sind, werden entsprechend bei der Kostenerstattung an den Arbeitgeber abgezogen und können nicht noch zusätzlich beantragt bzw. genommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers

Hinweis: Mit Unterschrift des Arbeitgebers sind die Anträge ohne weitere schriftliche Bestätigung genehmigt. Bei Ablehnung bekommen Sie umgehend Bescheid.

Wir versichern Ihnen, Ihre Daten vertraulich zu behandeln.

Weitere Formulare für Arbeitsbefreiungen oder Zuschüsse sind abrufbar unter: www.ervo.de