

**Rücksendung (nach Unterschrift des Arbeitgebers)  
an den Beirat  
zum Familienbudget**

**über die  
MAV im Dekanat Büdinger Land  
Bahnhofstr. 26  
63637 Nidda**

**Bitte vollständig ausfüllen, Belege beifügen  
und die Unterschrift des Arbeitgebers nicht  
vergessen!**

**ACHTUNG! Es gibt zwei Antragsformulare:  
Arbeitsbefreiung und Zuschüsse  
gültig ab 01.01.2026**

## **Dienstvereinbarung Familienbudget § 7, 2** **Arbeitsbefreiung**

Ansprüche können von ANGESTELLTEN im Geltungsbereich der KDO, sowie AUSZUBILDENDEN und PRAKTIKANTEN/INNEN im Sinne der APrO geltend gemacht werden.

Familiennamen (ggf. Geburtsnamen), Vorname		geb. am:
Beschäftigt bei (Dekanat/Gemeinde etc.)		Seit:
Tätigkeit:	Telefonnummer:	
Adresse:	Bitte vollständig ausfüllen, damit keine Zeit verlorengelassen zwecks Kontaktaufnahme bei Rückfragen.	
E-Mail-Adresse:		

**Ich beantrage eine zusätzliche Arbeitsbefreiung (freie Tage) wegen \***

- ☐ der schweren Erkrankung eines nahen Angehörigen (Ehegatten, Lebenspartner/in, Kinder über 12 Jahren, Eltern und Geschwister) gemäß § 7, 2 Pkt. a) DV.
- ☐ der/die Angehörige lebt im **eigenen** Haushalt, ) (Anspruch § 53 (1) 1a KDO: 1 Arbeitstag  
ich beantrage die Erweiterung der Arbeitsbefreiung um  
\_\_\_\_\_ Arbeitstag/e. (**jeweils maximal 2 Tage zusätzlich zum KDO-Anspruch**)
- ☐ der/die Angehörige lebt **nicht** im eigenen Haushalt, ich beantrage die Arbeitsbefreiung für  
\_\_\_\_\_ Arbeitstag/e. (jeweils maximal 3 Tage möglich)

Darstellung der besonderen familiären Notlage:

---

---

---

*Bitte fügen Sie eine Bescheinigung des Arztes als Beleg bei.*

- ☐ des Todes eines nahen Angehörigen (Ehegatte, Lebenspartner/in, Kind, Eltern, Schwiegereltern und Geschwister) gemäß § 7, 2 Pkt. b) DV. Diese Arbeitsbefreiung muss nicht zusammenhängend beansprucht werden.
- ☐ Angehörige hat **im eigenen Haushalt** gelebt (Anspruch § 53 (1) 3 KDO: 2 Arbeitstage ich habe bereits 2 Tage in Anspruch genommen, ich beantrage die Erweiterung der Arbeitsbefreiung um 1 Arbeitstag.
- ☐ der/die Angehörige lebte **nicht** im eigenen Haushalt. Ich beantrage Arbeitsbefreiung für \_\_\_\_\_ Arbeitstag/e (jeweils maximal 3 Tage möglich).

Darstellung der besonderen familiären Notlage:

---

---

---

*Bitte fügen Sie einen Beleg der Sterbeanzeige/-Urkunde als Beleg bei.*

- ☐ Komplikationen bei der Niederkunft meiner Ehefrau/Lebenspartnerin gemäß § 7, 2 Pkt. c) DV.  
(Anspruch § 53 (1) 4 KDO: 1 Arbeitstag)

Ich beantrage die Erweiterung der Arbeitsbefreiung um \_\_\_\_\_ (maximal 2) Arbeitstag/e.

Darstellung der besonderen familiären Notlage:

---

---

---

*Bitte fügen Sie eine Kopie der Geburtsurkunde als Beleg bei.*

Arbeitnehmer/in:

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

**Ich plane am \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ die Arbeitsbefreiung anzutreten.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Arbeitgeber/in:

**Wir haben Arbeitsbefreiung, die über die nach § 53 (1) Punkt 1a, 3 und 4 KDO genannten Tage hinausgeht, gewährt. Die Personalkosten bitten wir uns aus dem Notfallfonds des Familienbudgets zu erstatten.**

Ausgeschlossen von der Erstattung sind Arbeitsbefreiungen, die bereits nach § 53(1) Punkt 1, 3 und 4 KDO geregelt sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* Wir versichern, Ihre Daten vertraulich zu behandeln!