

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

**über die
MAV im Dekanat Wetterau
Kaiser Str. 2
61169 Friedberg**

**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 APtO geltend gemacht werden.

Familienname (ggf. Geburtsname), Vorname		geb. am:
Beschäftigt bei (Dekanat/Gemeinde etc.)		Seit:
Tätigkeit:	Telefonnummer:	
Adresse:	Bitte vollständig ausfüllen, damit keine Zeit verlorenght zwecks Kontaktaufnahme bei Rückfragen.	
Emailadresse:		

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!