



Institut/Einrichtung: _____

Funktion: _____

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ Personal-Nr. (ZBB - Diese entnehmen Sie bitte Ihrer Entgelt-/Bezügerechnung)

Universität Potsdam Dezernat für Personal- und Rechtsangelegenheiten

Antrag auf Gewährung von Arbeitsbefreiung zum Zwecke der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger anlässlich aktueller Entwicklung in Bezug auf das Coronavirus

gemäß Rundschreiben des Ministerium des Innern und für Kommunales vom 16. April 2020 und 18.12.2020

Nach den o. g. Rundschreiben werden Beschäftigten mit Wirkung vom 20.04.2020 bis einschließlich 31.03.2021 für die Dauer von maximal 20 Tagen eine außertarifliche Fortzahlung des Entgelts gem. § 21 TV-L durch den Arbeitgeber ohne Arbeitsleistung gewährt. Es besteht auch die Möglichkeit, halbe Tage in Anspruch zu nehmen.

Hinweis: Sofern die wöchentliche Arbeitszeit anders als auf 5 Arbeitstage verteilt ist, erhöht oder vermindert sich der Anteil entsprechend.

1. Für folgende Tage bzw. Zeiträume beantrage ich entsprechende Arbeitsbefreiung und versichere das Vorliegen folgender Voraussetzungen:

- Tatsächliche Schließung einer voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtung durch die zuständige Behörde in Reaktion auf die Ausbreitung von COVID-19 und
- Der pflegebedürftige Angehörige lebt dauerhaft oder aufgrund der Schließung der Pflegeeinrichtung im Haushalt des betreuenden Tarifbeschäftigten und
- Es besteht **keine Möglichkeit**, die Betreuung durch Heimarbeit/mobiles Arbeiten, den Abbau von Überstunden, Gleitzeitguthaben oder Freizeitausgleich gemäß § 7 Abs. 7 TV-L sicherzustellen und
- Eine alternative Betreuung des pflegebedürftigen Angehörigen kann ansonsten nicht sichergestellt werden.
- Es handelt sich um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen:
 - Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
 - Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
 - Eigene Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder sofern auf diese nicht die Regelung der Arbeitsbefreiung wegen Kinderbetreuung zutrifft sowie
 - Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners.

Anzahl der Tage/ halbenTage _____ - für den Zeitraum von: _____ bis: _____

Anzahl der Tage/ halbenTage _____ - für den Zeitraum von: _____ bis: _____

Anzahl der Tage/ halbenTage _____ - für den Zeitraum von: _____ bis: _____

Anzahl der Tage/ halbenTage _____ - für den Zeitraum von: _____ bis: _____

Datum

Unterschrift

2. Bestätigung durch die Vorgesetzte / den Vorgesetzten:

- Ich bestätige insbesondere, dass **keine Möglichkeit zu Heimarbeit oder mobilem Arbeiten** bzw. Abbau von Überstunden, Gleitguthaben oder Freizeitausgleich gemäß § 7 Abs. 7 TV-L besteht.

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

3. Bestätigung durch Dezernat für Personal- und Rechtsangelegenheiten:

- Die genannten Voraussetzungen liegen vor und der Antrag wird genehmigt.
- Der Antrag wird mangels Vorliegens folgender Voraussetzung(en) nicht genehmigt.

Datum

Kurlemann, Dezernent