

MITTEILUNG EINER SONDERBETREUUNGSZEIT AB NOVEMBER 2020

WICHTIGER HINWEIS:

Um die Gefahr zu reduzieren, dass Sie unpassende Vertragsmuster verwenden oder Vertragsmuster in gesetzwidriger Weise abändern, ersuchen wir Sie aber, folgende Tipps zu beachten:

1. Überprüfen Sie zuerst, ob das verwendete Vertragsmuster für Ihren arbeitsrechtlichen Sachverhalt passt!
2. Nehmen Sie Änderungen nur in unbedingt notwendigem Ausmaß vor! Die Texte sind an die Bedürfnisse der Arbeitgeber angepasst und nützen die sich bietenden gesetzlichen (und kollektivvertraglichen) Möglichkeiten für Arbeitgeber aus.
3. Im Falle von Unklarheiten wenden Sie sich bitte unbedingt an Ihren arbeitsrechtlichen Berater in der Wirtschaftskammer! Dieser kann Ihre konkreten Textentwürfe durchsehen und auf ihre Gesetzmäßigkeit überprüfen.

Dieses Muster ist ein Produkt der Zusammenarbeit aller Wirtschaftskammern. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:
Burgenland Tel. Nr.: 0590 907-2330, Kärnten Tel. Nr.: 0590 904, Niederösterreich Tel. Nr.: (02742) 851-0,
Oberösterreich Tel. Nr.: 0590 909, Salzburg Tel. Nr.: (0662) 8888-397, Steiermark Tel. Nr.: (0316) 601-601,
Tirol Tel. Nr.: 0590 905-1111, Vorarlberg Tel. Nr.: (05522) 305-1122, Wien Tel. Nr.: (01) 51450-1010
Hinweis: Diese Information finden Sie auch im Internet unter <http://wko.at>. Alle Angaben erfolgen trotz sorgfältigster Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung der Wirtschaftskammern Österreichs ist ausgeschlossen. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter!

Herrn/Frau

(im Folgenden Arbeitnehmer genannt)

stellt folgenden

MITTEILUNG EINER SONDERBETREUUNGSZEIT

zur Betreuung eines Kindes bis zum vollendeten 14. Lebensjahres oder
zur Betreuung einer nahestehenden Person mit Behinderung/Pflegebedürftigkeit
gem. § 18 b AVRAG

an die

Firma

(im Folgenden Arbeitgeber genannt)

Der Arbeitnehmer beantragt

- ⇒ für das Kind, geb. am.....
- ⇒ für die nahestehende Person mit Behinderung/Pflegebedürftigkeit
Herr /Frau

eine Sonderbetreuungszeit für folgenden Zeitraum: (insgesamt max. 4 Wochen).

Begründung:

Die Betreuung der oben angeführten Person ist in der oben angeführten Zeit

- ⇒ in der Schule/im Kindergarten nicht möglich.
 Bestätigung der Schule/Kindergarten wurde vorgelegt
- ⇒ in der Behinderteneinrichtung nicht möglich.
- ⇒ durch Ausfall der Betreuungskraft nicht möglich.
- ⇒ durch Ausfall der persönlichen Assistenz nicht möglich.
- ⇒ es besteht eine Absonderung nach § 7 EpidemieG für das zu betreuende Kind.
 Absonderungsbescheid wurde vorgelegt

Weitere Betreuungsmöglichkeiten in meinem familiären/privaten Umfeld bestehen nicht.

....., am

Ort

Datum

.....

zur Kenntnis genommen

Arbeitgeber

.....

Arbeitnehmer

→Falls nicht zutreffend, bitte streichen!