Geschäftszeichen	Name	Vorname	Ggf. Geburtsname
-			

Landesamt für Finanzen
Dienststelle
Bezügestelle Arbeitnehmer
Arbeitsgruppe
Postfach

Mitteilung von kurzfristiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Abs. 1 Pflegezeitgesetz

1. Angaben zum pflegebedürftigen Angehörigen

Name	Vorname
zuständige Pflegekasse des Angehörigen Bezeichnung Anschrift	**Versicherungsnummer des Angehörigen** (bei der zuständigen Pflegekasse)

2. Angaben zur Freistellung

2.1 An folgenden **Arbeitstagen** wurde Freistellung wegen kurzfristiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Abs. 1 PflegeZG in Anspruch genommen:

2.2 Für die Zeit der Freistellung wird Lohnfortzahlung gewährt?

☐ Ja, vom bis , auf Grund folgender Rechtsgrundlage

☐ Nein, vom bis , es besteht aber ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI, § 45 Abs. 2 SGB V.

☐ Nein, vom bis , es besteht auch **kein** Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. III SGB XI, § 45 Abs. 2 S. 3 - 5 SGB V

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt	Bearbeitungsvermerk der Bezügestelle
Unterschrift	**Datum, Unterschrift**

1) Dieser Vordruck ist in einfacher Ausfertigung an das Landesamt für Finanzen zu senden.
2) Es ist jede Änderung mitzuteilen.

Drucken

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben.