

<b>Geschäftszeichen</b> -	<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Ggf. Geburtsname</b>
------------------------------	-------------	----------------	-------------------------

Landesamt für Finanzen  
Dienststelle  
Bezügestelle Arbeitnehmer  
Arbeitsgruppe  
Postfach

**Mitteilung von  
kurzfristiger  
Arbeitsverhinderung  
nach § 2 Abs. 1  
Pflegerzeitgesetz**

1. Angaben zum pflegebedürftigen Angehörigen

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>zuständige Pflegekasse des Angehörigen</b> Bezeichnung Anschrift	<b>Versicherungsnummer des Angehörigen</b> (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

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben.

<b>Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt</b>	<b>Bearbeitungsvermerk der Bezügestelle</b>
<b>Unterschrift</b>	<b>Datum, Unterschrift</b>
1) Dieser Vordruck ist in einfacher Ausfertigung an das Landesamt für Finanzen zu senden. 2) Es ist jede Änderung mitzuteilen.	