|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Geschäftszeichen**  | **Name** | **Vorname** | **Ggf. Geburtsname** |

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Landesamt für FinanzenDienststelle      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) |

1. 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.
 |  |