|  |
| --- |
| AnKath. Kindergarten      Ort       |

**Meldung Bedarf Notfallbetreuung ab dem 17.03.2020**

**Personenkreis:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Medizinische und pflegerische Grundversorgung (Ärzte/Praxen, Krankenhäuser, Apotheken, Labore, Pflegeeinrichtungen) |
| [ ]  | Öffentliche Sicherheit und nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr (Polizei und Vollzugsdienste, Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz |
| [ ]  | öffentliche Infrastruktur (Wasser, Energie, Entsorgung, ÖPNV, Telekommunikation) |
| [ ]  | Lebensmittelbranche (Lebensmittelmärkte, Geschäfte des täglichen Bedarfs und deren Lieferbetriebe)-> |
| [ ]  | Beide Elternteile oder Alleinerziehende arbeiten in systemrelevanten Berufen.  |
| [ ]  | Es besteht keine anderweitige Betreuungsmöglichkeit. |

**Arbeitgeber/Berufsbezeichnung/Tätigkeit Elternteil 1:**

**Arbeitgeber/Berufsbezeichnung/Tätigkeit Elternteil 2:**

[ ]  Kein Aufenthalt in einem Risikogebiet gem. der Einstufung des RKI in den letzten 14 Tagen nach aktuellem Stand.

 Risikogebiete gem. RKI Stand 15.03.2020:

* Italien
* Iran
* In China Provinz Hubei (inkl. Stadt Wuhan)
* In Südkorea Provinz Gyoengsangbuk-do (Nord-Gyeongsang)
* In Frankreich Region Grand Est (Elass, Lothringen und Champagne-Ardenne)
* In Österreich Bundesland Tirol
* In Spanien Madrid
* In USA Bundestaaten Kalifornien, Washington und New York

[ ]  Keinerlei Erkältungssymptome bei Eltern und Kind.

**Daten Kind:**

Name, Vorname:       Geburtsdatum:

Adresse:

**Bedarf Betreuungszeiten – bisherige Betreuung:**

[ ]  verlängerte Öffnungszeit [ ] Ganztagsbetreuung

[ ]  Regelbetreuung

**Daten Elternteil 1:**

Name, Vorname:

Telefon privat:

Telefon mobil:

Telefon Geschäft:

Mail:

**Daten Elternteil 2:**

Name, Vorname:

Telefon privat:

Telefon mobil:

Telefon Geschäft:

Mail:

**Weitere Personen für Notfall:**

Name, Vorname:

Telefonnummer:

Durch meine Unterschrift versichere ich, dass ich alle Fragen zutreffend beantwortet habe.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Sorgeberchtigte/r 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Sorgeberchtigte/r 2