

Familienservice der BA
- Antrag auf Vermittlung von Notfallpflegebetreuung -

Name, Vorname:	Telefonnr. f. Rückfragen:		Personalnummer:
E-Mail:	Organisationseinheit:	Dienststelle/Dienststellennummer:	
Anschrift (Straße, Wohnort)		Tätigkeitsebene/Besoldungsgruppe	
Auszubildende/r	ja	nein	
Studierende/r, Trainee	ja	nein	
Alleinerziehende/r	ja	nein	

Bitte lassen Sie sich von Ihrer unmittelbaren Führungskraft bestätigen, dass die benötigte Betreuung dienstlich erforderlich ist. Aufgrund der aktuellen Situation ist auch eine Bestätigung per E-Mail möglich. In diesem Fall ist dem Antrag eine Kopie der E-Mail beizufügen. Im Fall der Notfallbetreuung kann die Bestätigung auch innerhalb von max. 3 Tagen nachgereicht werden.

Vermittlung einer Notfall-Pflegebetreuung für einen pflegebedürftigen Angehörigen mit Pflegegrad

Mehrarbeit (bei kurzfristiger Anordnung)

Fortbildung (bei kurzfristiger Anordnung)

dienstl. Veranstaltung / Dienstreisen (bei kurzfristiger Anordnung)

Notfallbetreuung für pflegebedürftige Angehörige mit Pflegegrad

Tragen Sie bitte für die nachfolgenden Notfallbetreuungen immer das Datum und die Uhrzeit ein.

[illegible]

Für die Abrechnung der Dienstleistung beachten Sie bitte Folgendes:

1. Bitte nehmen Sie vor Antragstellung einen ersten Kontakt über die kostenlose Telefon-Hotline 0800 296 5005 oder per Mail hotline@awo-lifebalance.de mit der *awo lifebalance GmbH* auf und informieren diese über Ihr Anliegen und sprechen das weitere Vorgehen ab. Nach erfolgreicher Kontaktaufnahme senden Sie den Antrag bitte per Mail (hotline@awo-lifebalance.de) an die *awo lifebalance GmbH*.
2. Sollte die Dienstleistung durch die *awo lifebalance GmbH* nicht oder nicht entsprechend ordnungsgemäß und fachkundig erbracht worden sein, geben Sie bitte eine kurze Rückmeldung an Ihren jeweiligen Internen Service Personal.
3. Wenn es sich um eine Betreuung innerhalb der Ferien handelt, fügen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis hinzu, weshalb eine reguläre Betreuung nicht stattfinden kann.

Erklärung:

1. Von den **Hinweisen zur Steuer- und Sozialversicherungspflicht** habe ich Kenntnis genommen. Mir ist bewusst, dass die über mein persönliches Guthabenbudget refinanzierten Kosten bei Überschreiten der Freibetragsgrenze von 600 € **als geldwerter Vorteil meinem Gehalt hinzugerechnet werden**.
2. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle einer **Stornierung**, deren Gründe weder meine Arbeitgeberin noch die Auftragnehmerin (*awo lifebalance GmbH*) zu vertreten hat, mir die Stornokosten maximal in Höhe des anfallenden Stundenlohns der Betreuungsperson in Rechnung gestellt werden und von mir zu tragen sind. Das Infoblatt zur Stornoregelung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.
3. Ich versichere, dass die reguläre Betreuung unvorhergesehen aufgrund der Schließung von Betreuungseinrichtungen oder Ausfall des Pflegepersonals o. Ä. ausgefallen ist.
4. Die Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum:	Name, Vorname und Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller:
--------	---

Die unmittelbare Führungskraft bestätigt die dienstliche Notwendigkeit:

Notfallpflegebetreuung (Notfallsituation resultiert aus Schließung der Betreuungseinrichtungen oder Ausfall des Pflegepersonals o.Ä.)

Datum:	Zustimmung Vorgesetzter:
--------	--------------------------