

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 Personalbereich.
3. Die Kosten für die Inanspruchnahme für den Service Beruf und Familie der BA können für Amtshilfekräfte durch die BA **nicht** übernommen werden. Mitarbeitende der gemeinsamen Einrichtungen (gE) können die Leistungen der *awo lifebalance GmbH* nur nutzen, wenn die gE einen eigenen Vertrag mit der *awo lifebalance GmbH* abgeschlossen hat. Beschäftigte einer gE klären dies sowie ggf. die Auftragsabwicklung (Kontaktaufnahme, Antragsvordrucke) bitte im Vorfeld.

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 (Notfallbetreuung).
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 Vorgesetzte/r:
--------	---------------------------

Der Personalbereich bestätigt - ggf. - die Kostenübernahme für Nachwuchskräfte

Datum:	Name, Vorname und Unterschrift Personalbereich:
--------	---