

Name, Vorname	Amt
Kalenderjahr	Datum

Antrag auf Dienstbefreiung / Freistellung

- **Wegen Erkrankung eines Kindes, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat**

- Ich bin gesetzlich krankenversichert, mein Kind ist familienversichert **(A)**
- Ich bin gesetzlich krankenversichert, mein Kind ist nicht familienversichert **(B)**
- Ich und mein Kind sind nicht gesetzlich krankenversichert **(B)**
- Ich stehe in einem Beamtenverhältnis **(C)**

Erkranktes Kind: Name, Vorname	Geburtsdatum
--------------------------------	--------------

- Ich beantrage eine unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 45 SGB V entsprechend beigefügtem ärztlichen Attest **(A)**

Von	Bis	Tage
-----	-----	------

Ich beantrage Dienstbefreiung unter Fortzahlung der Bezüge **(B)**

Von	Bis	Tage
-----	-----	------

Und danach eine unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung siehe beigefügtes ärztliches Attest

Von	Bis	Tage
-----	-----	------

- Ich beantrage Dienstbefreiung unter Weiterzahlung der Besoldung siehe beigefügtes ärztliches Attest **(C)**

Von	Bis	Tage
-----	-----	------

- Ich versichere, dass eine andere Person zur Pflege und Betreuung nicht zur Verfügung steht **(A-C)**

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Gesehen/Genehmigt

Ort, Datum	Unterschrift Amtsleiter
------------	-------------------------

Anlage: ärztl. Attest

Bearbeitungshinweise (vom Amt für Personal auszufüllen)	
<input type="checkbox"/> DVV-Eingabe:	<input type="checkbox"/> Krankenkasse