# Logosw

Tel.: (0371) 81576-0 | Fax: (0371) 81576-26

Mail: os-schoenau-ssl@schulen-chemnitz.de

Web: https://cms.sachsen.schule/oscschoenau/

**Oberschule Schönau**

Guerickestraße 38

09116 Chemnitz

**Bescheinigung für den Bezug von Kinderkrankengeld
aufgrund notwendiger häuslicher Betreuung des Kindes (Corona-pandemiebedingte Schließung der Schule) - Bestätigung der Schulschließung -**

Das u. g. Kind bedarf/bedurfte im u. g. Zeitraum aufgrund der Corona-pandemiebedingten Schließung unserer Einrichtung der Beaufsichtigung und Betreuung in häuslicher Umgebung.

Aufgrund der am 23.04.2021 in Kraft getretenen bundesweit einheitlichen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) konnte kein Präsenzunterricht durchgeführt werden.

Ein ggf. bestehender Anspruch auf Notbetreuung für das u. g. Kind wurde nicht wahrgenommen.

**Angaben zum Kind**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| PLZ | Wohnort |
| Straße, Haus-Nr. | Zeitraum der Beaufsichtigung/Betreuungvon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Unterschrift Schulleitung

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

**Angaben zum Versicherten** für den Bezug von Kinderkrankengeld (*vom beantragenden Elternteil auszufüllen*)

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| PLZ | Wohnort |
| Straße, Haus-Nr. | Versichertennummer |
| Kontoinhaber | IBAN |
| BIC | Geldinstitut |

Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung und Betreuung des o. g. Kindes meiner Arbeitspflicht nicht nachkommen konnte und gegen meinen Arbeitgeber während der Freistellung von der Arbeit

🞏 keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung habe 🞏 Anspruch auf Entgeltfortzahlung für \_\_
 Tage habe

Ich bin alleinerziehend 🞏 ja 🞏 nein

Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung und Betreuung des o. g. Kindes nicht übernehmen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Datum und Unterschrift des Versicherten