Anschrift Personal verwaltende Dienststelle PvStS	Ort und Datum
	Sachbearbeiter Telefon
	Beschäftigungsdienststelle

>Adresse>
DD Haus
DD Post
L Haus
L Post
C Haus
C Post

Landesamt für Steuern und Finanzen

Arb.Gr.

Mitteilung über Arbeitsbefreiung wegen Erkrankung eines Kindes <u>unter Wegfall der Bezüge</u>

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Geschäftszeichen des LSF		Name, Vorname
Sachbearb.-Nr.	Personalnummer	

1. 1. Freistellung vom: bis:

Zahl der Kalendertage: davon Anzahl Arbeitstage .

ggf. 2. Freistellung vom: bis:

Zahl der Kalendertage: davon Anzahl Arbeitstage

2. Grund der Freistellung(en):

des Kindes: geb. am:

Liegt eine Behinderung vor? ☐ ja ☐ nein

Unfallaktenzeichen:

Unfalltag:

Institutionskennzeichen:

Freistellung von der Arbeitsleistung wird gewährt: unter Wegfall der Bezüge

Grund:	EEL-Meldegrund
☐ Inanspruchnahme einer Leistung nach § 45 Abs. 1 SGB V (Kinderkrankengeld bei häuslicher Pflege)	02
☐ Inanspruchnahme einer Leistung nach § 45 Abs. 1a SGB V (Kinderkrankengeld bei stationärer Mitaufnahme)	02
☐ Inanspruchnahme einer Leistung nach § 45 Abs. 4 SGB V (Krankengeld nach § 47 SGB V bei Betreuung schwerstkranker Kinder)	01
☐ unbezahlte Freistellung gem. § 45 Abs. 5 SGB V (Beschäftigte ohne Anspruch auf Kinderkrankengeld)	
☐ Inanspruchnahme des Freistellungsanspruchs des anderen Elternteils nach § 45 SGB V (Bek. des SMF v. 20.10.2008, Az.: 16-P2160-5/6-38799)	
☐ Inanspruchnahme einer Leistung nach § 45 Abs. 4 SGB VII (Kinderverletztengeld)	23

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt:

Unterschrift/Funktionsbezeichnung/Stempel

Drucken | Formulardaten löschen