

Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse – im Falle der Schließung der Kindertagesbetreuungseinrichtung

Hiermit bestätigt die Leitung der Kindertagesbetreuungseinrichtung

Name der Kindertagesbetreuungseinrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

eine behördliche Schließung der gesamten Einrichtung durch das zuständige Gesundheitsamt oder der Landesregierung in der Zeit von _____ bis _____,

eine Anordnung einer Quarantäne gegenüber der Gruppe/n _____, welche das unten genannte Kind angehört, durch das zuständige Gesundheitsamt in der Zeit von _____ bis _____,

eine Schließung der Einrichtung/Gruppe/n, die vom Träger oder der Einrichtungsleitung, ohne eine entsprechende Anordnung durch das zuständige Gesundheitsamt, für die Zeit vom _____ bis _____ verfügt wurde.

Die ausgewählte Maßnahme betrifft das Kind:

(von Sorgeberechtigten anzukreuzen und auszufüllen)

Vor- und Nachname und Geburtsdatum des Kindes

Vor- und Nachname der sorgeberechtigten Person I

Vor- und Nachname der sorgeberechtigten Person II

- Für den Zeitraum der (Teil-)Schließung der o.g. Kindertageseinrichtung wurde eine Notbetreuung für das genannte Kind ab _____ bzw. für den Zeitraum von _____ bis _____ beantragt und bewilligt und wird auch in Anspruch genommen.

- Für den Zeitraum der Schließung der Kindertagesbetreuungseinrichtung wurde eine Notbetreuung für das genannte Kind ab _____ bzw. für den Zeitraum von _____ bis _____ beantragt und bewilligt. Die Notbetreuung wird aufgrund der Empfehlung vom Land Brandenburg, das Kind nicht in die Notbetreuung zu geben, sondern im häuslichen Umfeld zu betreuen, nicht in Anspruch genommen seit dem _____.

Aufgrund der Empfehlung vom Land Brandenburg wird die Betreuung in der Kindertagesbetreuungseinrichtung nicht in Anspruch genommen. Das o.g. Kind wird in dem häuslichen Umfeld betreut, wodurch ein Verdienstaufschlag für die sorgeberechtigte Person I und/oder sorgeberechtigte Person II besteht. Ein Anspruch auf Lohnersatzleistung gegenüber der Krankenkasse besteht nicht.

Die Betreuung im häuslichen Umfeld erfolgt/e in dem Zeitraum vom _____ bis _____.

- Für den Zeitraum der (Teil-)Schließung der o.g. Kindertagesbetreuungseinrichtung wurde eine Notbetreuung für das genannte Kind nicht bewilligt und eine alternative Betreuungsmöglichkeit (bspw. durch Nachbarn, Lebenspartnern, Großeltern usw.) ist nicht vorhanden und es besteht ein Verdienstaufschlag und es besteht kein Anspruch auf Lohnersatzleistungen gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse.

Ort, Datum, Unterschrift Leiter/in der Kindertagesbetreuungseinrichtung, ggf.
Stempel