

Antrag auf Verkürzung der Wochenarbeitszeit nach § 8 Absatz 2 Satz 2 Buchstabe b AVO

Name, Vorname:

Straße, Hausnr.:

Postleitzahl, Ort:

Ich versichere, dass ich meinen pflegebedürftigen Angehörigen

.....
Name, Vorname / *Bezeichnung der Verwandtschaft bzw. Verschwägerung

regelmäßig wenigstens fünf Stunden pro Woche in häuslicher Umgebung tatsächlich pflege und beantrage daher ab dem
..... eine Verkürzung meiner Wochenarbeitszeit gemäß § 8 Absatz 2 AVO.

**Angehörige im Sinne dieser Vorschrift sind: Ehepartner/in, Eltern, Kinder, Großeltern, Enkel, Geschwister, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefgroßeltern und Stiefenkel*

Mein pflegebedürftiger Angehöriger erhält Leistungen der häuslichen Pflege gemäß §§ 36 (Pfleagesachleistung), 37 (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen) oder 38 (Kombination von Geld- und Sachleistung) SGB XI (bitte eine Kopie des Bescheides beifügen). Ferner liegt eine Kopie des Leistungsbescheides der Pflegekasse über eine Pflegebedürftigkeit mindestens des Pflegegrads 2 sowie der Auszug aus dem Gutachten des Medizinischen Dienstes (oder einer entsprechenden Stelle) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, mit dem die wöchentlichen Pflegestunden bestätigt werden (Ziffer 5.2 des Gutachtens), bei **(ohne Vorlage dieser Nachweise kann dem Antrag nicht entsprochen werden)**.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede in den vorstehend dargelegten Verhältnissen eintretende Änderung meiner personalverwaltenden Dienststelle **sofort** anzuzeigen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift