

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

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Arbeitgeber:

Personalnummer (falls vorhanden):

☐ Erstantrag ☐ Änderungsantrag ab

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, Schwiegenerkinder, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefgroßeltern und
Stiefenkel*

Mein pflegebedürftiger Angehöriger erhält Leistungen der häuslichen Pflege gemäß §§ 36
(Pflegesachleistung), 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.

Es ist mir bekannt, dass meine persönlichen Daten zur Auszahlung der monatlichen Bezüge EDV-
mäßig erfasst und verarbeitet werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift