

Antrag auf Verkürzung der Wochenarbeitszeit nach § 8 Absatz 2 AVO

Name, Vorname

Geburtsdatum

Dienststelle

Telefon (Angabe freigestellt) / E-Mail (Angabe freigestellt)

An
Dienstgeber/personalverwaltende Dienststelle
.....
.....

Antrag gemäß § 8 Abs. 2 Satz 1 Buchst. b AVO (Pflege eines Angehörigen)

Ich versichere, dass ich meinen pflegebedürftigen Angehörigen
.....

Name, Vorname / *Bezeichnung der Verwandtschaft bzw. Verschwägerung

tatsächlich pflege und beantrage daher ab 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. Eine Kopie des Leistungsbescheides der Pflegekasse über eine
Pflegebedürftigkeit mindestens der Pflegestufe 1 liegt bei **(ohne Vorlage dieses Nachweises 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.

Datum

Unterschrift