

**Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse – im Falle des Aussetzens der
Präsenzpflicht in der Grundschule**

Hiermit bestätigt der Träger der Grundschule

Gemeinde Kolkwitz

Berliner Straße 19

03099 Kolkwitz

Name der Grundschule

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/Klasse
_____, welcher das unten genannte Kind angehört, durch das
zuständige Gesundheitsamt in der Zeit von _____ bis _____,

eine Schließung der Einrichtung/Klassen/Gruppen, die vom Träger, staatlichen Schulamt
oder der Schulleitung, 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. Grundschule bzw. das Aussetzen der Präsenzpflcht am Unterricht 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 Einrichtung bzw. das Aussetzen der Präsenzpflcht am Unterricht 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 zugeben, sondern im häuslichen Umfeld zu betreuen, nicht in Anspruch genommen seit dem _____.

■ Für den Zeitraum der (Teil-)Schließung der o.g. Grundschule bzw. das Aussetzen der Präsenzpflcht am Unterricht 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 Verdienstaufall und es besteht kein Anspruch auf Lohnersatzleistungen gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse.

Ort, Datum, Unterschrift SB der Gemeinde Kolkwitz, Stempel