**Familienhospizfreistellung**

**Ansuchen**

**Bildungsdirektion für Oberösterreich**

Sonnensteinstraße 20

4040 Linz

Im Dienstweg!

**Angaben zur Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | | |
| Dienststelle |  | | |
| Personalnummer |  | | |
| pragmatisiert | | vollbeschäftigt | teilzeitbeschäftigt |
| vertraglich (IL, IIL, PD-Schema) | | vollbeschäftigt | teilzeitbeschäftigt |
| Sonstige (zB Lehrling, Dienstnehmer mit ABGB-Vertrag) | | | |

**Ich beantrage**  **die Gewährung**  **die Verlängerung einer Familienhospiz**

von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (max. 3 Monate, verlängerbar um weitere 3 Monate bzw. bei einem schwerst erkrankten Kind: max. 5 Monate, verlängerbar um weitere 4 Monate)

Herabsetzung der Wochendienstzeit auf \_\_\_\_\_\_ % (das sind \_\_\_\_\_\_ Wochenstunden)

gänzliche Dienstfreistellung gegen Entfall der Bezüge

zur notwendigen Betreuung des nachstehenden  schwer erkrankten  verunglückten nahen Angehörigen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Vor- und Familienname | Geburtsdatum |
| Ehegattin / Ehegatte |  |  |
| Kind / Enkelkind /  Stief-, Wahl-, Pflegekind |  |  |
| Mutter / Vater |  |  |
| Großmutter / Großvater |  |  |
| Schwester / Bruder |  |  |
| Lebensgefährtin /  Lebensgefährte |  |  |
| Schwiegermutter/-vater  Schwiegertochter/-sohn |  |  |

Eine ärztliche Bestätigung über die notwendige Betreuung des  schwer erkrankten  verunglückten nahen Angehörigen

liegt vor

wird ehestens nachgereicht

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich mir bewusst bin, dass unwahre Angaben rechtliche Folgen nach sich ziehen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

**Vom Arzt auszufüllen**

**Es wird bestätigt, dass die umseitig näher bezeichnete Person derart** 🞎 **schwer erkrankt** 🞎 **verunglückt ist, dass aus diesem Grund die Voraussetzungen für Familienhospiz aus medizinischer Sicht vorliegen.**

Für den Zeitraum von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

**Hinweis:**

Familienhospizfreistellung dient dem Zweck der Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen bzw. der Betreuung eines schwerst erkrankten Kindes.

**Von der Schule auszufüllen**

Die beantragte Familienhospiz wird zur Kenntnis genommen.

Anmerkungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personalbedarf: 🞎 Ja, und zwar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift der Direktorin/des Direktors

**Sofort per Fax an die Bildungsdirektion Oberösterreich, Abteilung Präs/4 weiterleiten!**