**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/-vaterSchwiegertochter/-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!**