

**Bescheinigung
über Pflegetätigkeit**

Hiermit bestätigen wir, dass der/die im Folgenden genannte Sorgeberechtigte

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum Sorgeberechtigte_r _____

- wegen der Pflege eines Angehörigen (Pflegeperson nach § 19 SGB XI) sich nicht an der Kinderbetreuung beteiligen kann.

Der wöchentliche Pflegeaufwand beträgt zirka _____ Stunden.

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Aussagen:

Datum

Name, Vorname, Anschrift der zuständigen Krankenkasse oder Pflegekasse