|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Amt der Kärntner Landesregierung**  **Abteilung 6 – Bildung und Sport**  Unterabteilung Dienstrecht |  |  | |
| **Karenz und Teilzeitbeschäftigung**  **nach dem Mutterschutzgesetz**  **Eingangsstempel des**  **Amtes der Kärntner Landesregierung** |  | Auskünfte | Susanne Holzer |
|  | Telefon | 050-536-16111 |
|  | Fax | 050-536-16000 |
|  | E-Mail | susanne.holzer@ktn.gv.at |

AKL – FNr.: 023a/1-15

3 Seiten

**Im Dienstweg!**

Zu- und Vorname:  Berufs-/Amtstitel:

Wohnadresse:

Personalzahl:  SVNr:  Tel:

(Zutreffendes ankreuzen)

**An die Leitung der**  **zur Weiterleitung im Dienstweg.**

Stammschule

Ich melde die **Geburt** meines Kindes/meiner Kinder (Name/n):

geb. am:

Normalgeburt  Kaiserschnittentbindung  Mehrlingsgeburt  Frühgeburt

(Nachweis beilegen!) (Nachweis beilegen!)

Ich beantrage den **Kinderzuschuss** für diese(s) Kind(er).

Der Kindesvater  bezieht  bezieht keinen Kinderzuschuss und

ist  ist nicht Bediensteter einer Gebietskörperschaft

**Dienstgeber Kindesvater (unbedingt auszufüllen!):**

Ich beantrage eine **einmalige Geldaushilfe** anlässlich der Geburt des Kindes/der Kinder.

Das Ansuchen um einmalige Geldaushilfe bringt der Kindesvater ein.

Ich möchte die **Karenz** nach § 15 Mutterschutzgesetz 1979 **im Anschluss an das Beschäftigungsverbot** (Schutzfrist) **ungeteilt**

**bis einschließlich**  **in Anspruch nehmen.**

(Genaue Datumsangabe! Minimaldauer: 2 Monate; die längstmögliche Karenz endet mit dem Ablauf des 2. Lebensjahres des Kindes

= 1 Tag vor dem 2. Geburtstag; bei befristet angestellten Vertragslehrerinnen mit Ablauf des Dienstvertrages;

Hinweis: die Dauer der Karenz ist unabhängig von der Zeit zu sehen, in der Kinderbetreuungsgeld gebührt.)

**nicht in Anspruch nehmen.**

Ich möchte die **Karenz** **mit dem Vater** des Kindes **einmal / zweimal teilen** und in der Zeit

1.  vom  bis einschließlich  in Anspruch nehmen.

2.  vom  bis einschließlich  in Anspruch nehmen.

Im Monat  des Jahres  nehme ich die Karenz gleichzeitig mit dem Vater

des Kindes in Anspruch.

Der **Vater des Kindes** wird nach dem Väterkarenzgesetz:

**Karenz** vom  bis einschließlich  in Anspruch nehmen.

(Eine Bestätigung des Dienstgebers des Vaters über die Dauer seiner Karenz ist anzuschließen.)

**Teilzeitbeschäftigung** vom  bis einschließlich  in Anspruch nehmen.

(Eine Bestätigung des Dienstgebers des Vaters über die Dauer seiner Teilzeitbeschäftigung ist anzuschließen.)

**weder** Karenz **noch** Teilzeitbeschäftigung in Anspruch nehmen.

Der **Vater des Kindes** ist beschäftigt bei (Name und Anschrift des Dienstgebers):

wohnt mit mir im selben Haushalt.

wohnt nicht im selben Haushalt, sondern in

(Anschrift)

Die Karenzteile müssen unmittelbar aneinander anschließen, wobei jeder Karenzteil mindestens zwei Monate dauern muss. Beim erstmaligen Wechsel können Eltern gemeinsam einen Monat Karenz in Anspruch nehmen. Dieser Monat verkürzt die mögliche Höchstdauer der Karenz.

Ich möchte **drei Monate der Karenz** für einen späteren Zeitpunkt **aufschieben.**

(Die Inanspruchnahme einer aufgeschobenen Karenz ist in den letzten vier Monaten des Schuljahres nicht möglich.)

Ich möchte die **Teilzeitbeschäftigung** nach § 15h Mutterschutzgesetz 1979 für den Zeitraum

vom Ende des Beschäftigungsverbotes (Schutzfrist) bis  in Anspruch nehmen.

vom  bis  in Anspruch nehmen.

(Genaue Datumsangabe! Minimaldauer: 2 Monate; der längstmögliche Anspruch auf Teilzeitbeschäftigung endet mit dem Ablauf des

7. Lebensjahres des Kindes = 1 Tag vor dem 7. Geburtstag oder einem späteren Schuleintritt des Kindes;

Hinweis: eine Verlängerung, Änderung des Ausmaßes oder der Lage sowie eine vorzeitige Beendigung ist nur einmal möglich.)

**Folgende Beilagen sind anzuschließen:**

Geburtsurkunde(n) des Kindes/der Kinder

Meldebestätigung des Kindes/der Kinder

Meldebestätigung des Kindesvaters

bei Frühgeburt / Kaiserschnittentbindung: ärztliche Bestätigung

bei Teilung der Karenz oder der Teilzeitbeschäftigung: Bestätigung des Dienstgebers des Kindesvaters

Bestätigung der Krankenkasse über Beginn, Ende und Höhe des Wochengeldes

Bestätigung der Krankenkasse über Beginn, Ende und Höhe des Kinderbetreuungsgeldes

      ,

(Ort) (Datum) (Unterschrift)

**1. Kenntnisnahme der Schulleitung:**

      ,

Ort Datum Unterschrift des(r) Schulleiters(in)

**2.  Bezirkshauptmannschaft – Schulreferat,**   **(bitte Bezirk angeben!)**

**Magistrat – Abteilung Schulen, (bitte Bezirk angeben!)**

Eingelangt am:

Unterschrift der Leiterin/des Leiters

**3. An das Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 6 – Bildung und Sport, Mießtaler Straße 1, 9021 Klagenfurt am Wörthersee**

Eingangsstempel des Amtes der Kärntner Landesregierung – siehe Seite 1!