**Nachname**:       **Vorname**:

**Amtstitel:**       **Personalnummer**:       **Sozialversicherungsnummer:**

**Wohnanschrift**:

**Dienststelle**:

##  Ort, Datum

# **Ansuchen um Familienhospizfreistellung** gem. § 59d LDG bzw. § 29k VBG

zur

[ ]  **Sterbebegleitung** eines nahen Angehörigen

[ ]  **Betreuung** meines im gemeinsamen Haushalt lebenden schwerst erkrankten Kindes

ersuche ich um

[ ]  **Dienstplanerleichterung** (z.B. Stundentausch)

[ ]  **Herabsetzung der Jahresnorm** bzw.der Lehrverpflichtung unter anteiliger Kürzung der Bezüge

[ ]  **gänzliche Dienstfreistellung** gegen Entfall der Bezüge

für die Zeit **vom**       **bis**      **.**

Begründung:

(ärztlicher Nachweis ist anzuschließen)

Name des Angehörigen:       Angehörigenverhältnis:

Die Familienhospizfreistellung zum Zwecke der Sterbebegleitung kann zunächst für die Dauer von max. 3 Monaten in Anspruch genommen werden. Eine Verlängerung ist bis zu einer Gesamtdauer von 6 Monaten pro Anlassfall möglich. Für die Betreuung von im gemeinsamen Haushalt lebender, schwersterkrankter Kinder (einschließlich Wahl- oder Pflegekinder) ist eine Familienhospizfreistellung zunächst bis zum Ausmaß von 5 Monaten, bei einer Verlängerung bis zu einer Gesamtdauer von 9 Monaten möglich. Anlässlich einer weiteren medizinisch notwendigen Therapie für das schwersterkrankte Kind kann die Maßnahme höchstens zweimal in der Dauer von jeweils höchstens neun Monaten verlangt werden.

**Anlage** (ärztliche Bestätigung)

Schule:

Zahl:

der Bildungsdirektion für Burgenland, Dienstort

zur Kenntnis und Weiterleitung an die Bildungsdirektion

 Unterschrift Schulleitung

Zahl:

der Bildungsdirektion für Burgenland

7000 Eisenstadt

zur Kenntnis und weiteren Veranlassung

 Für den Dienstort