

1. Angaben zu den Eltern (Beschäftigte am Klinikum)

Antragsteller*in*

Mutter Vater

anderer Elternteil (falls ebenfalls am Klinikum tätig)

Mutter Vater

Name*	Name
Vorname*	Vorname
Geburtsdatum*	Geburtsdatum
Straße, PLZ Wohnort*	Straße, PLZ Wohnort
Telefonnummer*	Telefonnummer
E-Mail*	E-Mail
Beschäftigungsstelle*	Beschäftigungsstelle
Personalnummer*	Personalnummer
Ausgeübte Tätigkeit*	Ausgeübte Tätigkeit
Beschäftigungsumfang*	Beschäftigungsumfang
Derzeitige Arbeitszeiten* von-bis (ggf. sämtliche Schichtzeiten) _____ _____	Derzeitige Arbeitszeiten* von-bis (ggf. sämtliche Schichtzeiten) _____ _____
<input type="checkbox"/> Elternzeit von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Elternzeit von _____ bis _____
Bei Aufnahme des Kindes: Beschäftigungsumfang: _____% Arbeitszeiten von-bis _____	Bei Aufnahme des Kindes: Beschäftigungsumfang: _____% Arbeitszeiten von-bis _____
Arbeitsvertrag mit dem Universitätsklinikum* <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____	Arbeitsvertrag mit dem Universitätsklinikum <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____
Gleitzeit*: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Gleitzeit: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

2. Angaben zum Kind

Name des Kindes	
Geboren am / voraussichtlicher Geburtstermin	
Beginn der Kinderbetreuung*	
In Mutterschutz*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bis _____
Elternzeit in Anspruch genommen*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bis _____
Wird das Kind bereits in einer öffentlichen Einrichtung betreut? Wenn ja, wo?*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____

3. Kriterienkatalog

Sind Sie als Antragsteller*in oder der andere Elternteil (vorausgesetzt, ebenfalls am Universitätsklinikum beschäftigt) im Schichtdienst tätig?*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte Angabe der Arbeitszeiten <hr/>
Gehört Ihrem Haushalt noch eine weitere Person (außer dem Kind) an?*	<input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, beteiligt sich diese Person ebenfalls an der Kinderbetreuung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Ist ein Geschwisterkind bereits in der Kleinkindbetreuung aufgenommen?*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in welcher Einrichtung? <hr/>
Arbeitet die Mutter des Kindes mit mind. 50 v. H. der allgemeinen Arbeitszeit am Universitätsklinikum?*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sind beide Elternteile berufstätig?*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gewünschte Bringzeit:	
Bevorzugte Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Junikäfer <input type="checkbox"/> Wolkengarten <input type="checkbox"/> Murgelgarten <input type="checkbox"/> St. Josef (Wahlmöglichkeit Betreuungszeiten) <input type="checkbox"/> VÖ (7:30-14:30 Uhr) oder <input type="checkbox"/> GT (7:30-16:30 Uhr) Hinweis: Elternbeiträge bei VÖ verringert.
Besteht eine besondere soziale Belastung? Wenn ja, welcher?	<hr/> <hr/>

Wir bestätigen, dass sämtliche Angaben zutreffend sind und nehmen zur Kenntnis, dass falsche Angaben zum Verlust des ggf. zugeteilten Platzes führen können. Wir werden umgehend die Mitarbeitenden der Kinderbetreuung informieren, wenn Änderungen der Angaben eingetreten sind oder, wenn wir den Antrag nicht aufrechterhalten wollen.

Datum

Datum

Unterschrift Antragsteller*in

Unterschrift (anderer Elternteil)

* Pflichtfelder

Bitte senden Sie den Bewerbungsbogen zurück an die Stabsstelle beim Klinikumsvorstand, Personalentwicklung, Breisacher Str. 153, 79110 Freiburg, Telefon 0761 270-61711, kinderbetreuung@uniklinik-freiburg.de