**Bescheinigung des Arbeitgebers zur Unabkömmlichkeit der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Geburtsdatum |  |
| Straße |  |
| PLZ, Ort |  |

Hiermit bestätige ich

**<Name>**

**<Adresse>**

**<Tel-Nr>**

als Arbeitgeber nach dem Arbeitgebermodell für Assistenz gemäß dem Bescheid über Bewilligung persönlicher Assistenz **<… § 17 SGB IX der Stadt XXX vom xx.yy.zzzz … >**, dass oben angegebener Mitarbeiter für die Aufrechterhaltung meiner Pflege, Gesundheit sowie Bewältigung meines Alltags unabkömmlich ist. Darüber hinaus wird Assistenz mit Pflegepersonal gleichgestellt und ist systemrelevant.

Bei meinem Assistenzbetrieb im Privathaushalt, Betriebsnummer **<………….>**, handelt es sich **gemäß §71 Abs. (4) SGB XI** **um keine Pflegeeinrichtung**. **Die Verordnung des Sozialministeriums Baden-Württemberg zur Untersagung des Betriebs von Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege** nach § 71 SGB XI zum Schutz vor Infektionen mit Sars-CoV-2 (Corona-Verordnung § 71 SGB XI – CoronaVO § 71 SGB XI) vom 18. März 2020 **ist daher auf meinen Assistenzbetrieb nicht anzuwenden**.

Schwerbehindertenausweis:

**<eingescanntes Bild>**

Personalausweis:

**<eingescanntes Bild>**

Ort, Datum, Unterschrift