## Arbeitgeber\_innenbescheinigung anlässlich pandemiebedingter Maßnahmen ("Corona19")

| hiermit bestätigen wir, dass  | (Vorname, Name, gebam in)                  |
|---|--|
| <del></del>   | (Straße, Hausnummer PLZ Ort) <sup>1</sup>  |
|   | <del></del>                                |
| in □ unserem Frauenhaus/unserer Schutzwohnung, □ in unserer Bera  | tungsstelle beschäftigt ist.               |
| Es handelt sich um eine sogenannte systemrelevante Tätigkeit, da ge   | waltbetroffene Frauen und ihre Kinder vor  |
| Ort geschützt und/oder beraten werden.  |  |
| □ Unser Haus ist trotz der behördlichen Corona-Anordnungen nicht g  | geschlossen, um den Schutz vor häuslicher  |
| bzw. Beziehungsgewalt aufrecht zu erhalten.   |  |
| Unsere Beratungsstelle ist trotz der behördlichen Corona-Anordnun   | ngen nicht geschlossen, sondern hat gemäß  |
| gesetzlichen Vorgaben den Publikumsverkehr eingestellt. Dennoch ist   | die Anwesenheit am Arbeitsplatz unerläss-  |
| lich, da die Infrastruktur (Telefon, PCs mit Internetanschluss, Zugriff au                                  | uf Datenbanken etc.) nur dort genutzt wer- |
| den kann.   |  |
| Bei (Vornamen und Namen eintragen) h  | nandelt es sich um eine unverzichtbare_n   |
| Arbeitnehmer_in. Die Anwesenheit im Frauenhaus/in der Schutzwohr  | nung/Beratungsstelle ist erforderlich.     |
|   |  |
| In der Öffentlichkeit sind gemeinsame Tätigkeiten mit mehreren Per  | rsonen aus folgendem Grund erforderlich:   |
| Die gewaltbetroffenen Frauen werden zu Behördengängen, zur Polize   | ei, zum Gericht, zu Rechtsanwält_innen, zu |
| Ärzt_innen/Therapeut_innen, Apotheken und anderen notwendigen   | Stellen begleitet. Deren Kinder werden ge- |
| gebenenfalls zu Betreuungseinrichtungen, Jugendhilfemaßnahmen, T  | herapien etc. gebracht.                    |
|   |  |
| lm Rahmen der Arbeitstätigkeit ist die_der Mitarbeitende regelmäßi  | ig an verschiedenen Orten aus folgendem    |
| Grund unterwegs: Begleitung zu o.g. Stellen, die aufgrund unterschie  | edlicher Zuständigkeiten an verschiedenen  |
| Orten liegen können.  |  |
|   |  |
| Die Adresse unserer Schutzeinrichtung/Beratungsstelle ist geheim. Sie befindet sich im Ort/Landkreis        |  |
| ·   |  |
|   |  |
| Dieses Dokument verliert mit Beendigung oder Wechsel der Beschäftigung sofort seine Gültigkeit, jedoch spä- |  |
| testens mit dem Ende der bestehenden Corona-Anordnungen.  |  |
|   |  |
| Für telefonische Rückfragen:(Ansprec  | chperson/Telefonnummer)                    |
|   |  |
| Unterschrift (Stempel)  |  |
| Datum   |  |
| (Name in Druckbuchstaben)   |  |
|   |  |

Die Verarbeitung der Daten zur Erstellung dieses Dokumentes erfolgt gemäß Artikel 26 BDSG. Weiteres entnehmen Sie den Datenschutzhinweisen für Mitarbeiter\_innen. Bei der Verarbeitung dieser Daten durch Dritte gelten deren Datenschutzhinweise und die DS-GVO.



 $<sup>^{1}</sup>$   $\longrightarrow$  Angaben aus dem mitzuführenden Ausweisdokument)