**Meldung von Arbeitskampfmaßnahmen in Einrichtungen des Sozial- und Erziehungsdienstes**

..................................................................................... ..........................................................

 (Arbeitgeber) (Ort, Datum)

An den
Kommunalen Arbeitgeberverband Baden-Württemberg

Email: info@kavbw.de / Telefax: 0711/222998-77

**Arbeitskampfmaßnahme am** ................................

**1.** **Art der Arbeitskampfmaßnahme**

[ ]  Streik [ ]  Sonstiges

**2. Ausgefallene Arbeitszeit**

[ ]  ganztags oder [ ]  Beginn: ………. Uhr / Ende: ………. Uhr

**3. Betroffene Einrichtung des Sozial- und Erziehungsdienstes**

**Kindertagesstätten** insgesamt .... davon betroffen ....

**Einrichtungen der Behindertenhilfe** insgesamt …. davon betroffen ….

**Einrichtungen der Jugendsozialarbeit** insgesamt …. davon betroffen ….

**Sonst. Einrichtungen**, nämlich ………………….., insgesamt …. betroffen ….

**4. a) Gesamtzahl der in der/den betroffenen Einrichtung/en eingesetzten**

Beschäftigten ……….

Auszubildenden/Praktikanten ……….

**b) Anzahl der Teilnehmer an der Arbeitskampfmaßnahme**

Beschäftigte ……….

**5. Besondere Vorkommnisse, z.B.**

a) Behinderung Arbeitswilliger an der Arbeitsaufnahme (Art und Weise)

b) Sonstige besondere Vorkommnisse ……………………………………..

**6. Auswirkungen der Arbeitskampfmaßnahme die betroffene Einrichtung**

a) Betrieb wurde ganz oder teilweise eingestellt [ ]  JA [ ]  NEIN

b) Einrichtung wurde Eltern zur Eigenbetreuung überlassen [ ]  JA [ ]  NEIN

**7. Reaktionen der Einrichtung** (z.B. Information und Belehrung der Beschäftigten, Entgeltabzug, Abmahnung, Regressansprüche)

…………………………………………………………………………………..………………………..

**8.** a) Wurden **Vereinbarungen über die Bereitstellung von Betreuungsplätzen** o.ä. abgeschlossen?

b) Wie viele Beschäftigte waren hierbei tätig?

c) Besonderheiten

...................................................

(Unterschrift)