

Frau

\_\_\_\_\_  
Name der Beschäftigten

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

An den Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Antrag auf Verlängerung der Schutzfrist nach der Entbindung gemäß § 3 Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Mein Kind wurde am \_\_\_\_\_ geboren.

Vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung wurde bei meinem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt. Ein Beleg dafür ist beigefügt.

Ich beantrage die Verlängerung der Schutzfrist nach der Entbindung auf zwölf Wochen entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 MuSchG.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift