

Antrag auf Bewilligung eines neuen Betreuungsverhältnisses

Bitte tragen Sie hier die erforderlichen Daten, die zur Bedarfs- und Fördervoraussetzungsprüfung notwendig sind, deutlich ein.

Der Meldebogen muss vier Wochen vor Eingewöhnungsbeginn vollständig ausgefüllt und im Original in der Servicestelle vorliegen.

1. Daten des Kindes:

Name, Vorname			
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
<input type="checkbox"/>	Mein/Unser Kind besucht eine Kita von bis .		
<input type="checkbox"/>	Mein/Unser Kind geht zur Schule.		
<input type="checkbox"/>	Mein/Unser Kind nutzt eine weitere Kindertagespflegestelle im regelmäßigen Umfang von Stunden/Woche.		

2. Daten des/der Erziehungsberechtigten (ErzB.):

	ErzB. 1	ErzB. 2
	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Name, Vorname		
Straße		
PLZ/Wohnort		
Telefon/Handy		
E-Mail		

Ist ein Elternteil ausländischer Herkunft? (nicht: Staatsbürgerschaft)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
--	-----------------------------	-------------------------------

Zutreffendes bitte ankreuzen	ErzB.1	ErzB. 2
Ich gehe einer Erwerbstätigkeit nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin selbstständig als:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme eine Erwerbstätigkeit auf <u>ab</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin derzeit arbeitssuchend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme an einer beruflichen Bildungsmaßnahme teil <u>von</u> : _____ <u>bis</u> : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme an einer Schul-/Berufsausbildung teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme an einer Hochschulausbildung teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme an einer Maßnahme zur Eingliederung in Arbeit im Sinne des SGB II teil <u>von</u> : _____ <u>bis</u> : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befinde mich in Mutterschutz/Elternzeit bis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeits-,Ausbildungs-,Präsenz- und Pausenzeiten in Stunden pro Woche:		
Wegezeiten (z.B. zur Arbeit) in Stunden pro Woche:		

Ermäßigung des Elternbeitrages zusätzlich zur Förderung (wenn zutreffend bitte ankreuzen):

- Ich/Wir beabsichtige/n die Reduzierung des Elternbeitrages gemäß §90 SGB VIII zu beantragen.
- Ich/Wir beabsichtige/n die Reduzierung des Elternbeitrages wg. Geschwisterermäßigung zu beantragen.

3. Daten zur Kindertagespflegeperson (Felder mit * nur ausfüllen, falls Änderungen eingetroffen sind):

Name, Vorname	
Straße*	
PLZ/Wohnort*	
Telefon/Handy*	
E-Mail*	
Geldinstitut*	
IBAN*	
BIC*	

Wo findet die Betreuung statt? (Stadtteil bitte angeben): _____

- im Kindeshaushalt
- im Haushalt der Kindertagespflegeperson
- in Räumen, die durch die Kindertagespflegeperson angemietet wurden

Eingewöhnungszeitraum:	von: _____ bis: _____ Stundenumfang: _____ (max. 20Std)
Betreuungsbeginn (nach der Eingewöhnungszeit):	ab: _____
Beantragter Stundenumfang (Stunden pro Woche):	
Betreuungstage und -zeiten in der Woche (Uhrzeiten bitte konkret eintragen):	<input type="checkbox"/> Montag von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Dienstag von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Mittwoch von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Donnerstag von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Freitag von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Samstag von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Sonntag von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> bei wechselnden Schichten, erfolgt die genaue Abrechnung monatlich über den Beleg über die Betreuungszeiten	

Einverständniserklärung der Eltern und der Kindertagespflegeperson

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der oben genannten Daten und geben unser Einverständnis zur Weitergabe unserer Daten an die Hansestadt Lübeck.

Datum/Unterschrift/en des/der Erziehungsberechtigten

Datum/Unterschrift der Kindertagespflegeperson

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden allein zur Prüfung der Fördervoraussetzung für den Verbund Kindertagespflege und die Hansestadt Lübeck erhoben und Dritten nicht zugänglich gemacht.

Sollte der Antrag nicht vollständig ausgefüllt sein, ist eine Bearbeitung nicht möglich. Wir senden den Antrag dann umgehend an die Kindseltern zurück.

Verbund Kindertagespflege – Dr. Julius-Leber-Straße 26-30 – 23552 Lübeck – Telefon:0451/4002 578 18 oder 4002 578 23
Fax: 0451/4002 578 39

Notizen:

Servicestelle Kindertagespflege
Dr. Julius-Leber-Straße 26-30
23552 Lübeck
Telefon: 04 51/4002 578 18 oder 0451/4002 578 23
Fax: 04 51/4002 578 39
Email: info@kindertagespflege-luebeck.de