

# Antrag auf Feststellung des Rechtsanspruches im Rahmen der Kindertagesbetreuung zur Kostenübernahme

Nur vollständige Anträge können ordnungsgemäß und zeitnah bearbeitet werden.

## I. Angaben über das Kind, für welches der Rechtsanspruch festgestellt werden soll

(Bei Erstantrag bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen.)

Name/ Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnanschrift:	

## II. Betreuungsform

Kita/ Hort außerhalb der Wohnortkommune/ des Landkreises

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Träger: \_\_\_\_\_

## III. Angaben zum Betreuungsbedarf

Benötigte Betreuungszeit pro Tag und pro Woche:

Stunden pro Tag:

Stunden pro Woche:

**Datum des/der**  gewünschten Betreuungsbeginns: \_\_\_\_\_

Mo ..... Uhr bis ..... Uhr

**Frühhort** ..... Uhr bis ..... Uhr

Di ..... Uhr bis ..... Uhr

Mi ..... Uhr bis ..... Uhr

Do ..... Uhr bis ..... Uhr

Fr ..... Uhr bis ..... Uhr

## IV. Angaben zur familiären Situation

**Erwerbstätigkeit/ Ausbildung** (nur auszufüllen bei einer Betreuung über den Mindestanspruch hinaus)

Mutter/ Lebenspartnerin erwerbstätig?  ja (**Anlage beifügen**)  nein

Vater/ Lebenspartner erwerbstätig?  ja (**Anlage beifügen**)  nein

Bei selbständiger Tätigkeit bitte Kopie der Gewerbeanmeldung oder einen anderen geeigneten Nachweis beifügen.

**Sonstige familiäre Gründe für die Betreuung Ihres Kindes über den gesetzlichen Mindestanspruch hinaus:** (Mindestanspruch: ab 1 Jahr und 1 Tag bis Schuleintritt 6 h täglich, 1. bis 4. Klasse 4 h täglich)

--

## **V. Notwendige Unterlagen**

- Geburtsurkunde
- Nachweis Sorgerecht
- Meldebescheinigung über den Hauptwohnsitz in Zossen
- Bei Berliner Einrichtungen Einkommensnachweise des Vorjahres

## **VI. Erklärung der Personensorgeberechtigten**

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass die Kommune die Anmelde Listen mit den Einrichtungen abgleicht.

.....  
Datum/Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

.....  
Datum/Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

*Hinweis:* Haben die Personensorgeberechtigten die gemeinsame Personensorge, ist der Antrag von beiden zu unterzeichnen oder eine Vollmacht des anderen vorzulegen.

# Anlage zum Antrag auf Feststellung des Rechtsanspruches bei Kostenübernahme Bescheinigung von Arbeitgeber/ Jobcenter/ Ausbildungsstätte

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ gewünschter Betreuungsbeginn: \_\_\_\_\_

## Mutter/ Personensorgeberechtigte/Lebenspartnerin

Name/ Vorname:	
Wohnanschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail:

	Arbeitsaufnahme ab:	Arbeitsort (Genaue Anschrift)	wöchentliche Arbeitszeit	tägliche Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit				Montag
<input type="checkbox"/> Elternzeit von - bis				Dienstag
<input type="checkbox"/> Ausbildung/ Studium				Mittwoch
<input type="checkbox"/> Weiterbildung/ Umschulung				Donnerstag
<input type="checkbox"/> Erwerbslos (Unterschrift/Stempel Jobcenter)				Freitag
<input type="checkbox"/> unbefristet			<input type="checkbox"/> befristet bis:	
Name und Anschrift des Arbeitgebers			Stempel, Datum, Unterschrift	

Tägl. Pausenzeit: \_\_\_\_\_

inkl. der ausgewiesenen Arbeitszeit

exkl. der ausgewiesenen Arbeitszeit

Tägl. Wegezeit: \_\_\_\_\_

PKW/KFZ  ÖPNV  Fahrrad  zu Fuß

**Hinweis:** Als Wegezeit gilt die tägl. Zeit zwischen Einrichtung – Arbeitsstätte – Einrichtung

## Erklärung zu meiner selbständigen Tätigkeit bzw. zu meinem Gewerbebetrieb

Angaben zur selbständigen Tätigkeit bzw. Gewerbebetrieb (Gewerbeanmeldung o. ä. Nachweise beifügen):

Anschrift der Betriebsstätte
------------------------------

Erklärung zum zeitlichen Umfang meiner Tätigkeit (tägliche bzw. wöchentliche Arbeitszeit):

--

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel, Unterschrift

## Anlage zum Antrag auf Feststellung des Rechtsanspruches bei Kostenübernahme Bescheinigung von Arbeitgeber/ Jobcenter/ Ausbildungsstätte

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ gewünschter Betreuungsbeginn: \_\_\_\_\_

### Vater/ Personensorgeberechtigter/Lebenspartner

Name/ Vorname:	
Wohnanschrift:	
Telefonnummer:	E-Mail:

	Arbeitsaufnahme ab:	Arbeitsort (Genaue Anschrift)	wöchentliche Arbeitszeit	tägliche Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit				Montag
<input type="checkbox"/> Elternzeit von - bis				Dienstag
<input type="checkbox"/> Ausbildung/ Studium				Mittwoch
<input type="checkbox"/> Weiterbildung/ Umschulung				Donnerstag
<input type="checkbox"/> Erwerbslos <small>(Unterschrift/Stempel Jobcenter)</small>				Freitag
<input type="checkbox"/> unbefristet		<input type="checkbox"/> befristet bis:		
Name und Anschrift des Arbeitgebers		Stempel, Datum, Unterschrift		

**Tägl. Pausenzeit:** \_\_\_\_\_

inkl. der ausgewiesenen Arbeitszeit

exkl. der ausgewiesenen Arbeitszeit

**Tägl. Wegezeit:** \_\_\_\_\_

PKW/KFZ  ÖPNV  Fahrrad  zu Fuß

**Hinweis:** Als Wegezeit gilt die tägl. Zeit zwischen Einrichtung – Arbeitsstätte – Einrichtung

### Erklärung zu meiner selbständigen Tätigkeit bzw. zu meinem Gewerbebetrieb

Angaben zur selbständigen Tätigkeit bzw. Gewerbebetrieb (Gewerbeanmeldung o. ä. Nachweise beifügen):

Anschrift der Betriebsstätte
------------------------------

Erklärung zum zeitlichen Umfang meiner Tätigkeit (tägliche bzw. wöchentliche Arbeitszeit):

--

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel, Unterschrift