

Antrag auf Übernahme der Tagespflegekosten für das Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Geschlecht: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wohnadresse: _____

Ich/ Wir beantrage/n die Übernahme der Kindertagespflegekosten

weil: (nur ausfüllen, wenn Ihr Kind das 1. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder älter als 3 Jahre ist.)

1. Elternteil

2. Elternteil

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ich / wir einer Erwerbstätigkeit nachgehe/n. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ich mich / wir uns in einer beruflichen Bildungsmaßnahme befinde/n. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ich mich / wir uns in der Schulausbildung oder Hochschulausbildung befinde/n. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ich / wir derzeit eine Ausbildung absolviere/n. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ich mich / wir uns in einem Sprach- & Integrationskurs befinde(n). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ich / wir arbeitssuchend bin / sind. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstiges: _____ |

Bitte Nachweise beifügen.

I. Eltern des Kindes

	1. Elternteil	2. Elternteil
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geschlecht		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		
Telefonnummer		
E-Mail		

- Ausländische Herkunft eines Elternteil ja nein
- Vorrangig in der Familie gesprochene Sprache deutsch nicht deutsch
- Verwandtschaftsverhältnis zur Kindertagespflegeperson Großeltern andere Verwandte nicht verwandt

Ich beziehe / Wir beziehen Leistungen (wenn zutreffend, bitte ankreuzen) nach (dem)

- SGB II (Bürgergeld)
- SGB XII (Grundsicherung)
- § 6a BKGG (Kinderzuschlag)
- Wohngeldgesetz (Wohngeld)
- AsylbLG (Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz)

und beantrage/n den Erlass des Kostenbeitrages gem. § 90 SGB VIII im Rahmen der Förderung des Kindes / der Kinder in Kindertagespflege gem. § 22 ff. SGB VIII. Den entsprechenden Leistungsbescheid lege(n) ich / wir diesem Antrag bei.

(Beachten Sie bitte, dass Sie auch dann die Möglichkeit haben, den Erlass des festgesetzten Kostenbeitrages zu beantragen, wenn Sie die finanzielle Belastung für die Tagespflegebetreuung nicht tragen können und nicht im Bezug der v.g. Leistungen stehen.)

II. Inhaber der Elterlichen Sorge

- Mutter Vater gemeinsam Sonstige¹⁾ _____ (bitte folgende Daten angeben)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (wenn abweichend vom Kind)	
Staatsangehörigkeit	Telefonnummer

1) Beschluss/Urteil des Familiengerichtes ist beizufügen.

III. Angaben zur Tagespflegeperson

Name, Vorname	
Adresse	
Telefon	

IV. Betreuungsbeginn / Betreuungszeiten / Betreuungsort

Beginn der Eingewöhnungsphase: _____

Beginn der regulären Betreuung: _____

Regulärer durchschnittlicher Stundenumfang pro Woche: _____ Stunden

Anzahl der regulären Betreuungstage pro Woche: _____ Tage

Findet die Betreuung auch am Wochenende statt: ja nein

Die Betreuung findet statt:

- im Haushalt der Tagespflegeperson
- im Haushalt der Eltern
- in anderen Räumen

V. Bemerkungen

Folgende Unterlagen sind erforderlich:

Eine von Ihnen und der Tagespflegeperson unterzeichnete Betreuungsvereinbarung, aus der Betreuungsbeginn, evtl. Betreuungsende, die genauen Betreuungszeiten bzw. die täglichen / wöchentlichen / monatlichen Betreuungsstunden hervorgehen.

Bitte beachten Sie:

Ich versichere/Wir versichern, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind, werden von mir/uns unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitgeteilt.

Nach §§ 60 – 67 Sozialgesetzbuch (SGB I) bin ich/sind wir zur Mitwirkung verpflichtet. Komme(n) ich meiner/wir unserer Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung der Leistung führen. Mir/Uns ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei vorsätzlich unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist. Zu Unrecht gewährte Leistungen sind an Sozialleistungsträger zurückzuzahlen.

Ort, Datum

Unterschrift des
Antragstellers

Unterschrift des im Haushalt lebenden
weiteren Erziehungsberechtigten

Datenschutzerklärung

Ich nehme/Wir nehmen hiermit zur Kenntnis, dass durch den Fachbereich Jugend des Kreisausschusses des Landkreises Kassel in 34117 Kassel, Wilhelmshöher Allee 19-21, Tel. 0561/1003-0, von mir/uns Sozialdaten erhoben werden.

Die Daten dienen der Hilfeebringung/Leistungsgewährung durch den Fachbereich Jugend des Landkreises Kassel sowie der Auswertung zu Statistik- und Jugendhilfeplanungszwecken. Die Datenerhebung ist gedeckt durch die §§ 61 – 68 SGB VIII i.V.m. §§ 67 ff. SGB X und den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSchG).

Die Datenerhebung erfolgt auf Grund meines/unseres Antrages Übernahme der Kindertagespflegekosten gem. §§ 22 ff. Sozialgesetzbuch – Achtes Buch – (SGB VIII) und Kostenerlass des Kostenbeitrages gem. § 90 SGB VIII im Rahmen der Kindertagespflege gem. § 22 ff. SGB VIII.

Hinweis:

Ich bin/Wir sind im Rahmen der Mitwirkungspflicht gem. §§ 60 ff. SGB I verpflichtet, die notwendigen Unterlagen für die Prüfung des Antrages vorzulegen!
Die Auskunftserteilung erleichtert und beschleunigt die Bearbeitung des Antrages, wenn Unterlagen fehlen oder unvollständig vorgelegt wurden.

Für Nachfragen/Unklarheiten, entbinde/n ich/wir (im Interesse einer beschleunigten Bearbeitung) folgende Ämter/Behörden von ihren Datenschutzpflichten und genehmige/n die Erteilung von Auskünften sowie die Übersendung der eventuell notwendigen Unterlagen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fachdienst für Tagespflege
des Landkreises Kassel | <input type="checkbox"/> Tagespflegeperson |
| <input type="checkbox"/> Jobcenter
des Landkreises Kassel | <input type="checkbox"/> _____
Stadt-/Gemeindeverwaltung |
| <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit
des Landkreises Kassel | <input type="checkbox"/> _____
Sozialamt |
| <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschusskasse
des Landkreises Kassel | <input type="checkbox"/> Familienkasse |
| <input type="checkbox"/> Beistandschaften
des Landkreises Kassel | <input type="checkbox"/> Wohngeldstelle
des Landkreises Kassel |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

(bitte ankreuzen)

Weiterhin ermächtige/n ich/wir den Fachbereich Jugend des Landkreises Kassel, der Tagespflegeperson über die noch fehlenden Unterlagen

Auskunft zu erteilen *(bitte ankreuzen)*

Vorstehende Datenschutzerklärung habe/n ich/wir gelesen und erteile/n mit der Unterschrift mein/unser Einverständnis.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des im Haushalt lebenden
weiteren Erziehungsberechtigten