

Antrag auf Leistungen nach dem SGB VIII		Antragsausgabe	Antragseingang
Beantragt wird folgende Hilfe:			
<input type="checkbox"/> Kindertagespflege			
Für das Kind / die Kinder:			
Name / Vorname / Geb.- Datum:			
Name / Vorname / Geb.- Datum:			
Name / Vorname / Geb.- Datum:			
Antragsteller (Eltern / Elternteil/ Vormund):			
Name / Vorname:		Tel.:	
Anschrift:		Handy:	
Stadtteil:		Email:	
Persönliche Verhältnisse:	des Vaters	der Mutter	
Name:			
Vorname:			
Straße:			
PLZ/Ort:			
Geburtsdatum:			
Geburtsort:			
Familienstand:			
Staatsangehörigkeit:			
Beruf:			
Arbeitgeber:			
Rententräger: oder zahlende Stelle:			
Krankenversicherung:			
Sorgerecht:			
Kraft Gesetzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urteil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gemeinsame Sorgeerklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angaben zu weiteren Familienmitgliedern:			
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Anschrift:			

Angaben zum Betreuungsbedarf:			
Betreuungsbeginn:			
Wochentag:	von:	bis:	
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			
Angaben zum Betreuungsort:			
Betreuung i. eigenen Haushalt:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Egal <input type="checkbox"/>
Betreuung i. fremden Haushalt:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Egal <input type="checkbox"/>
Geht das Kind bereits in eine Kindertageseinrichtung wie Krippe, Kindergarten, Ganztagschule oder Hort?			
Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Wo ?			
Zeitraum ?			
Besteht die Möglichkeit, dass Verwandte oder Bekannte das Kind im Notfall betreuen (Erkrankung oder Urlaub der Tagespflegeperson)?			
Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/>	
Begründung für die Notwendigkeit der Kindertagespflege:	Vater:	Mutter:	Vormund:
Erwerbstätigkeit:			
Aufnahme einer Erwerbstätigkeit:			
Berufliche Bildungsmaßnahme:			
Schulbildung:			
Hochschulbildung:			
Eingliederungsmaßnahmen:			
Sonstiges:			
Hinweis:	Nachweis erforderlich !		
Sonstiges:			
Sind Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche ?			
Liegen Erkrankungen oder Behinderungen bei Ihrem Kind vor?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche ?			
Bestehen Bedenken gegen Haustiere im Haushalt der Tagespflegeperson?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Erklärung:

Ich/Wir versichere/versichern, dass die vorstehenden Angaben wahr sind. Wesentliche Angaben sind von mir/uns nicht verschwiegen worden.

Auf meine/unsere Mitwirkungspflichten bin/sind ich/wir hingewiesen worden. Insbesondere sind Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse dem Träger der Jugendhilfe umgehend mitzuteilen.

Ich bin/Wir sind über die nachstehende Rechtslage unterrichtet worden:

Auf der Grundlage der Satzung der Stadt Emden über die Gewährung einer laufenden Geldleistung sowie die Erhebung eines Kostenbeitrages im Rahmen der Kindertagespflege vom 09.10.2007 (hier: insbesondere § 6) werden die Antragsteller für die Inanspruchnahme der Kindertagespflege zu Kostenbeiträgen herangezogen. Gemäß § 90 III SGB VIII sollen die Kostenbeiträge ganz oder teilweise erlassen werden, wenn die Belastung den Eltern und dem Kind nicht zuzumuten ist.

Bei einer entsprechenden Antragstellung auf (Teil-)Erlass des Kostenbeitrages sind die wirtschaftlichen Verhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin zu überprüfen und entsprechende Nachweise über Einkommen und Belastungen vorzulegen. Werden diese Nachweise nicht innerhalb der gesetzten Frist – üblicherweise eine Woche! – vorgelegt, kann der Antrag wegen fehlender Mitwirkung abgelehnt werden.

Ich/wir sind ferner davon unterrichtet worden, dass mein/unsere gewöhnlicher Aufenthalt Auswirkungen auf die örtliche Zuständigkeit des Jugendhilfeträgers hat. Ein Wechsel des gewöhnlichen Aufenthaltes (Umzug) wird unverzüglich von mir/uns mitgeteilt.

(Ort/Datum)

__x____x_____
(Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten)

Ich/Wir versichere/versichern, dass ich/wir darauf hingewiesen worden bin/sind, dass, sofern ein weiterer Hilfebedarf gegeben ist, ein Weiterbewilligungsantrag gestellt werden muss. Dieser ist mindestens vier Wochen vor Ablauf des bestehenden Bewilligungszeitraumes zu stellen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Leistung frühestens mit Wirkung vom Zeitpunkt der Antragstellung weiterbewilligt wird. Es wird darauf hingewiesen, dass bei fehlender Antragstellung nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes die Betreuung Ihres Kindes/Ihrer Kinder durch die Tagespflegeperson nicht mehr im Rahmen der Jugendhilfe gewährleistet ist.

(Ort/Datum)

__x____x_____
(Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten)

Angaben zur Tagespflegeperson und zum Betreuungsumfang werden vom Familienservicebüro ausgefüllt!

Eingewöhnungsphase:	bis	Stundenkontingent:	Stunden/wchtl.
Betreuungsphase:	bis	Stundenkontingent:	Stunden/wchtl.
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Straße:			
PLZ/Ort:			
Telefon/Handy:			
Name der Bank:			
IBAN:			
BIC:			
Qualifikation:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Betreuung im Haushalt der TPP	<input type="checkbox"/>	Betreuung im Haushalt der Eltern	<input type="checkbox"/>
Nachgewiesene Alterssicherung § 4 Abs. 4 Tagespflegesatzung:			

Weitergeleitet an 651.1

Unterschrift 651.4