

Antrag auf Übernahme der Kosten einer Nachmittagsschulbetreuung

für mein Kind/für meine Kinder

Name	Vorname	Geschlecht	Geburtstag	Geburtsort	Nationalität
		w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>			
		w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>			
		w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>			

Antragsteller/in

Name	Vorname	Geschlecht	Geburtstag	Geburtsort	Nationalität
		w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>			
		w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>			

Anschrift (Straße/Ort)

Tel.-Nr./Handy-Nr.

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Ich bin alleinerziehend
 Wir sind verheiratet
 Lebensgefährte/Ehemann ist Kindesvater
 Lebensgefährtin/Ehefrau ist Kindesmutter

Meinen Lebensunterhalt bestreite ich durch:

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Arbeitslosengeld II, Leistungen nach dem AsylbLG, Sozialhilfe, Grundsicherung, Wohngeld oder Kinderzuschlag

(dann bitte den entsprechenden aktuellen Leistungsbescheid diesem Antrag beifügen)

- Erwerbseinkommen

- Einkommen durch Arbeitslosengeld I oder Krankengeld oder Rente(n)

(dann bitte den Ermittlungsbogen mit den entsprechenden Belegen diesem Antrag beifügen)

Mir ist bekannt, dass ich jede Veränderung der Betreuungssituation oder meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich mitzuteilen habe.

Kosten, die dadurch entstehen, dass ich dieser Mitteilungspflicht nicht nachkomme, sind von mir selbst zu tragen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bitte lassen Sie die Rückseite dieses Antragsvordruckes von der Stadt/Schule/Einrichtung ausfüllen.

Ohne die Bestätigung ist eine Bearbeitung Ihres Antrages nicht möglich!

Bestätigung der Stadt/Schule/Einrichtung
Diese Seite ist **NUR** von der Stadt/Schule/Einrichtung auszufüllen

Stadt/Schule/Einrichtung

Name	
Straße	
PLZ/Wohnort	
Zahlungsempfänger	

Das umseitig genannte Kind wird/die umseitig genannten Kinder werden ab dem

in der _____-Schule in _____ zu folgenden Zeiten betreut:

Wochentag	von	bis
Montag	Uhr	Uhr
Dienstag	Uhr	Uhr
Mittwoch	Uhr	Uhr
Donnerstag	Uhr	Uhr
Freitag	Uhr	Uhr

Die monatlichen Kosten betragen _____ €.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Eine evtl. Geschwisterermäßigung wurde entsprechend berücksichtigt

Der o.g. Betrag ist somit auf folgendes Konto zu überweisen:

BIC	
IBAN	
Kreditinstitut	
Inhaber	

Sollte das Betreuungsverhältnis vor Ablauf der im Bewilligungsbescheid genannten Frist enden, erfolgt unverzüglich eine Benachrichtigung an den zuständigen Fachdienst des Landkreises Hameln-Pyrmont.

_____ (Ort, Datum)

_____ (Unterschrift)