

Landkreis Hameln-Pyrmont
Team Kinderbetreuung
Kindertagespflege
Süntelstraße 9
31785 Hameln
kindertagespflege@hameln-pyrmont.de

Eingang:
Start:

Antrag auf Übernahme der Kindertagespflegekosten

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen!

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag
-------------------------------------	--------------------------------------

Antragsteller/in

Eltern Mutter Vater Pflegeperson/Vormund

Die Kindertagespflege wird beantragt für das Kind

Name (ggf. Geburtsname)	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Adresse	
Staatsangehörigkeit	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d

Bitte **Geburtsurkunde** oder **Ausweisdokument** vorlegen.

Angaben zur betreuenden Kindertagespflegeperson

Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon	

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zur Tagespflegeperson

ja und zwar Großeltern andere Verwandte nein

Persönliche Daten der Sorgeberechtigten		
	Mutter / Sorgeberechtigter	Vater / Sorgeberechtigter
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Staatsangehörigkeit		
Anschrift		
Telefon		
E-Mail		
Familienstand		
Sorgeberechtigt (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zum Migrationshintergrund

- Ausländische Herkunft mind. eines Elternteils (nicht Staatsangehörigkeit) ja nein
- In der Familie wird vorrangig Deutsch gesprochen ja nein

Weitere Haushaltsangehörige (gegebenenfalls auf gesondertem Blatt aufführen)			
	Geschwister	Geschwister	Lebens- / Ehepartner/in
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			

Erforderlichkeit der Kindertagespflege

Bescheinigungen (z. B. Arbeits-/Ausbildungsvertrag, Bescheinigung der Maßnahme) sind beizufügen.

	der Mutter / Sgb	des Vaters / Sgb
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausbildung (Schule, Berufsausbildung, Studium, Umschulung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprachkurs Deutsch, Integrationskurs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Teilnahme an einer Qualifizierungs-/Weiterbildungsmaßnahme des Arbeitsamtes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Besteht eine andere Betreuungsmöglichkeit?

- Einrichtung der Kindertagesbetreuung (Krippe/Kiga/Hort) weiteres Tagespflegeverhältnis
- Kind besucht bereits die Schule Ganztagschule
- kein anderes Betreuungsarrangement

Es wird **Eingliederungshilfe** gewährt für das Kind wegen:

- körperlicher/geistiger Behinderung (SGB IX) nein ja (Bitte Bescheid beifügen)
- seelischer Behinderung (§ 35 a SGB VIII) nein ja (Bitte Bescheid beifügen)

Art des Kindertagespflegeverhältnisses

Die **Übernahme der Kindertagespflegekosten wird beantragt für die Betreuung ab dem** _____
voraussichtlich bis zum _____.

Die Übernahme der Kosten wird in der Regel **bis zur Beendigung des dritten Lebensjahres** gewährt.

Betreuungszeiten des Kindes			Arbeits- /Ausbildungszeiten		der Mutter / des Sorgeberechtigten		des Vaters / des Sorgeberechtigten	
Tag	von	bis	Tag	von	bis	von	bis	
Montag			Montag					
Dienstag			Dienstag					
Mittwoch			Mittwoch					
Donnerstag			Donnerstag					
Freitag			Freitag					
Samstag			Samstag					
Sonntag			Sonntag					

Die Betreuungszeiten entsprechen insgesamt _____ Stunden wöchentlich.

Aufgrund unregelmäßiger Betreuungszeiten wird mit **Stundenzettel** abgerechnet

- Die Betreuung erfolgt
- in meinem/unserem Haushalt
 - im Haushalt der Kindertagespflegeperson
 - in der Großtagespflegestelle _____
 - in anderen geeigneten Räumen

Mittagsverpflegung

Mein / unser Kind nimmt an der Mittagsverpflegung teil

Ja

Nein

Die Betreuung meines / unseres Kindes bei der oben genannten Kindertagespflegeperson / Großtagespflegestelle erfolgt nach Stundenzetteln. Die Mittagsverpflegung wird über den Stundenzettel abgerechnet.

Mir / uns ist bekannt, dass die Kindertagespflegeperson für die Mittagsverpflegung unseres oben genannten Kindes einen Betrag in Höhe von **2,64 € je Mahlzeit** erhält.

Für die Teilnahme eines Kindes an der Mittagsverpflegung wird – unabhängig von der Zuordnung zu den Einkommensstufen – ein Kostenbeitrag gegenüber den Erziehungsberechtigten gemäß § 9 Absatz 3 Nr. 5 der Satzung des Landkreises Hameln-Pyrmont über die Förderung von Kindern in Kindertagespflege und der Erhebung von Kostenbeiträgen erhoben.

Ich / Wir haben diese Informationen zur Kenntnis genommen.

Ich / Wir beziehe/n folgende Leistungen und **übersende/n folgenden aktuellen Leistungsbescheid:**

Leistungen nach dem **Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II)**

Leistungen nach dem **Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)**

Leistungen nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

Kinderzuschlag nach dem **Bundeskindergeldgesetz (§6a BKGG)**

Leistungen nach dem **Wohngeldgesetz (WoGG)**

Hinweis:

Sollten Sie eine der obengenannten Leistungen beziehen, werden Ihnen die Kosten für die Mittagsverpflegung über das Bildungs- und Teilhabepaket erstattet.

Erklärung und Einwilligung:

Ich erteile / Wir erteilen hiermit die **Ermächtigung**, die für die Bearbeitung dieses Antrags erforderlichen Angaben bei Dritten einzuholen.

Ich gebe / Wir geben außerdem die **Einwilligung**, dass die im Rahmen dieses Antrags erhobenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Bearbeitung an zuständige Stellen übermittelt werden dürfen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift erste/r Sorgeberechtigte/r

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift zweite/r Sorgeberechtigte/r

Erklärung zu den Einkünften

- Ich/wir verzichte/n auf einen Nachweis der Einkünfte. Die Einstufung soll in die höchste Beitragsstufe (Stufe 6) vorgenommen werden.
- Ich/wir weise/n die Einkünfte der nachstehenden Erklärung entsprechend nach.

M/Sgb	V/Sgb	Steuerpflichtige Einkünfte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit (Lohnsteuerbescheinigung oder Gehaltsabrechnung mit Jahresübersicht)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus selbständiger Arbeit (Betriebswirtschaftliche Auswertung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Gewerbebetrieb (BWA)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (Jahresabschluss)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsbescheinigung, Steuerbescheinigung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (Miet-, Pachtvertrag, Steuerbescheid)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG z.B. Renten (Rentenbescheid)

M/Sgb	V/Sgb	Sonstige Einkünfte (Bitte entsprechende Nachweise beifügen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterhaltsleistungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lohnersatzleistungen (z.B. Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Krankengeld, Elterngeld)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Steuerfreie bzw. pauschal versteuerte Einnahmen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stipendium
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wirtschaftliche Jugendhilfe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II, Wohngeld
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter oder Leistungen bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asylbewerberleistungen

Pauschalabzug

Von der Summe der positiven Einkünfte werden 30% als **Pauschalabzug** abgezogen.
Der Abzug verringert sich auf 25% für die unten aufgeführten Personenkreise, die von der Rentenversicherungspflicht befreit sind.

Ich/wir erkläre/n die Zugehörigkeit zu einem der nachstehenden Personenkreise:

M/Sgb	V/Sgb	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beamter, Richter, Zeitsoldat, Berufssoldat, Beschäftigter bei einem Träger der Sozialversicherung oder Geistlicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorstandsmitglied einer Aktiengesellschaft oder Gesellschafter, Geschäftsführer einer GmbH
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bezieher von Versorgungsbezügen (Ruhegehalt, Witwen- oder Waisengeld)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bezieher von Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich zahle Unterhalt an Kinder und/oder an sonstige Personen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich beantrage die Berücksichtigung des Behinderten-Pauschbetrags gemäß § 33 b Abs. 1-3 des Einkommensteuergesetzes

Werbungskosten

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich mache höhere Werbungskosten als den Arbeitnehmer-Pauschbetrag des Einkommensteuergesetzes geltend
--------------------------	--------------------------	---

Anzeigepflichten

Mir/uns ist bekannt, dass wir verpflichtet sind, **wesentliche Veränderungen** in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen, die sich im laufenden Bewilligungszeitraum ergeben, unverzüglich dem Kreisjugendamt, Team Wirtschaftliche Jugendhilfe, **schriftlich anzuzeigen**. Mir/Uns ist klar, dass dies insbesondere gilt, wenn die Jahreseinkünfte der Haushaltsgemeinschaft auf Grund von Veränderungen in den persönlichen oder finanziellen Verhältnissen (z. B. Geburt eines Kindes, Arbeitslosigkeit, Lohnerhöhung, etc.) unter oder um mind. 15 v. H. über den Einkünften des Vorjahres liegen, das der Berechnung zu Grunde liegt. In diesem Fall ist eine Neuberechnung der Beitragstufe notwendig.

Erklärung

Ich/ wir erkläre/n, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Es ist mir/uns bekannt, dass falsche und unvollständige Angaben sowie die Unterlassung von Änderungsmitteilungen zur Folge haben können, dass eine zu Unrecht festgestellte Staffelstufe zu Nachzahlungen führen kann.

Sofern laufende Leistungen nach dem SGB II, SGB XII, AsylBLG, BKGG und WoGG gewährt werden, stimme ich / stimmen wir dem Austausch der für die Bearbeitung des Antrages erforderlichen Daten zu.

Informationen zum Datenschutz können Sie unserer Internetseite <http://www.hameln-pyrmont.de/datenschutz> entnehmen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift erste/r Sorgeberechtigte/r

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift zweite/r Sorgeberechtigte/r

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters;
bei gemeinsamem Sorgerecht Unterschrift beider gesetzlicher Vertreter;
bei alleinigem Sorgerecht: bitte Sorgerechtsnachweis vorlegen.