

Erstantrag       Folgeantrag

HINWEIS
---------

Diesen Antrag reichen Sie bitte bei der für Sie zuständigen Amts- oder Stadtverwaltung ein. Von dort wird der Antrag dann an die zuständige Kreisverwaltung Plön weitergeleitet.

<b>1.</b>	<b>2.</b>
(Eingangsvermerk Amts-/ Stadtverwaltung)	(Eingangsvermerk Kreisverwaltung Plön)

**Ich/Wir:** \_\_\_\_\_

**wohnhaft in:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer** (für evtl. Rückfragen): \_\_\_\_\_

**e-Mail-Adresse** (für evtl. Rückfragen): \_\_\_\_\_

**beantrage(n) hiermit die Übernahme der Betreuungskosten für**

1. Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Die Tagespflegeperson ist** \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift, Telefonnummer)

Diese Betreuung erfolgt  anstatt Krippe/Kindergarten/Hort  
 ergänzend zu Krippe/Kindergarten/Hort

Diese Betreuung erfolgt  im Haushalt der Tagespflegeperson  
 im eigenen Haushalt  
 in anderen Räumen: \_\_\_\_\_

**Beginn dieser Betreuung (ohne Eingewöhnungsphase) ab dem:** \_\_\_\_\_

Diese Betreuung ist

**befristet** (z.B. Schule, Studium, Weiterbildung, befristeter Arbeitsvertrag, befristeter Bescheid über Leistungen des Jobcenters nach dem SGB II) für folgenden **Zeitraum:**

bis zum \_\_\_\_\_

**bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres bei der o.g. Tagespflegeperson geplant.**

**bis zum Besuch einer Kindertagesstätte ab dem \_\_\_\_\_ geplant.**

Es wurden folgende **Betreuungskosten** vereinbart: \_\_\_\_\_ €

für den gesamten Zeitraum     pro Monat     je Stunde

**Die Betreuung soll in der Regel zu folgenden Zeiten stattfinden (ohne Fahrtzeiten):**

Wochentag	Beginn	Ende	Tagessummen
Montag	Uhr	Uhr	Stunden
Dienstag	Uhr	Uhr	Stunden
Mittwoch	Uhr	Uhr	Stunden
Donnerstag	Uhr	Uhr	Stunden
Freitag	Uhr	Uhr	Stunden
Samstag	Uhr	Uhr	Stunden
Sonntag	Uhr	Uhr	Stunden
<b>= GESAMT</b>			<input type="checkbox"/> <b>Stunden/Woche</b> <u>oder</u> <input type="checkbox"/> <b>Stunden/Monat</b>

Die **Fahrtzeit** (einfache Strecke) zwischen Tagespflegestelle und Arbeitsstelle/Schule/Uni beträgt \_\_\_\_\_ Minuten an den o.g. Tagen

mit PKW     mit Bus/Bahn     mit Fahrrad     zu Fuß

Andere Regelungen (z.B. **Schichtarbeit, wechselnde Arbeitszeiten**) bitte auf gesondertem Blatt erläutern. Unter Umständen kann eine stundengenaue Abrechnung erfolgen.

- Ich/Wir habe/n im Jahr \_\_\_\_\_ bereits Förderung erhalten durch \_\_\_\_\_
- Ich/Wir habe/n noch keine Förderung beantragt oder erhalten. (Kreis oder Stadt)
- Ich/Wir erhalte/n Leistungen des Jobcenters nach dem SGB II.  
(falls zutreffend, bitte aktuellen Bescheid beifügen)

### Wichtige Hinweise:

Kindertagespflege ist eine Betreuungsform vorrangig für **Kinder unter drei Jahren**. Ein Kind, das das erste Lebensjahr vollendet hat, hat bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres einen **Grundanspruch auf frühkindliche Förderung** für die Betreuung in einer Kindertageseinrichtung oder in einer Kindertagespflegestelle mit einem wöchentlichen Betreuungsumfang bis zu **20 Stunden**.

In allen anderen Fällen ist der individuelle Bedarf gesondert nachzuweisen. Dieses ist insbesondere der Fall,

1. wenn die/der Erziehungsberechtigte/-n, bei denen das Kind lebt, einer Erwerbstätigkeit nachgeht/-en oder sich in einer beruflichen (Aus-) Bildungsmaßnahme, einer Hochschulausbildung oder einer Schulausbildung befindet/-n und dadurch erhöhte Betreuungszeiten notwendig werden. Zur Ausbildung gehören auch berufliche Fortbildungen, Umschulungsmaßnahmen oder zur beruflichen Eingliederung notwendige Kurse, z.B. zum Erwerb der deutschen Sprache. **Weisen Sie die Notwendigkeit bitte durch den/die anliegenden Berufstätigkeitsnachweis/e, eine Schul- bzw. Studienbescheinigung (inklusive Wochenübersicht) nach.**
2. wenn die erforderliche Betreuung eines Kindes **über 3 Jahren** anderweitig, insbesondere in einer Kindertageseinrichtung, nicht sichergestellt werden kann. Dazu ist die Anlage II / 3 (Bestätigung der Amts-/ Stadtverwaltung) erforderlich.

**Evtl. zustehende Förderleistungen Dritter sind vorrangig einzusetzen.**

**Bitte beachten Sie ebenfalls, dass die Förderung mit dem ersten Betreuungstag, jedoch frühestens ab Antragseingang erfolgen kann. Eingewöhnungszeiten werden nicht übernommen.**

Werden weitere Kinder in Kindertageseinrichtungen oder in der Kindertagespflege betreut, kann beim Amt für Jugend und Sport eine einkommensunabhängige Geschwisterermäßigung beantragt werden (s. letzte Seite).

**Ich versichere**, dass die umseitigen Angaben der Wahrheit entsprechen und dass die Tagespflegeperson mit dem / den zu betreuenden Kind/ern nicht in gerader Linie verwandt ist.

---

(Datum, Unterschrift/en Erziehungsberechtigte/-r)

## Erklärung der Tagespflegeperson

Name, Vorname: \_\_\_\_\_, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_, Postleitzahl u. Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_, Handy: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

**Ich erkläre hiermit, dass ich das Kind/ die Kinder**

1. Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**ab dem \_\_\_\_\_ im Rahmen der Kindertagespflege gemäß § 23 SGB VIII betreuen werde.**

Es wurden folgende **Betreuungskosten** vereinbart: \_\_\_\_\_ €

für den gesamten Zeitraum     pro Monat     je Stunde

Diese Betreuung erfolgt     in meinem Haushalt  
     im Haushalt der Mutter/ des Vaters/ der Eltern  
     in anderen Räumen: \_\_\_\_\_

**Ich bestätige Ihnen ferner, dass die auf Seite 2 des Antrages (Anlage II / 2) angegebenen Betreuungszeiten tatsächlich regelmäßig geleistet werden und kann diese ggf. auf Nachfrage aufgrund eines Stundennachweises auch nachweisen. Relevante Abweichungen der Betreuungszeiten werde ich umgehend mitteilen.**

1.  Ich besitze eine Erlaubnis zur Kindertagespflege gem. § 43 SGB VIII

2.  Ich besitze keine Erlaubnis zur Kindertagespflege gem. § 43 SGB VIII

Von mir werden derzeit noch folgende Kinder in Kindertagespflege betreut: \_\_\_\_\_ (**Anzahl**)

**ACHTUNG:** Es sind auch die Kinder mitzuzählen, die nicht im Kreis Plön leben!

**Zahlungen erfolgen nur auf das Konto der Tagespflegeperson**

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

**Mir ist bekannt, dass eventuell zu viel oder zu Unrecht geleistete Zahlungen zurückzuzahlen sind.**

**Mir ist bekannt, dass eine sozialpädagogische Fachkraft des Jugendamtes sich durch einen Hausbesuch von der Richtigkeit meiner Angaben und der ausreichenden Betreuung des Kindes / der Kinder überzeugen kann.**

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift der Tagespflegeperson)

**NICHT ERFORDERLICH BEI BETREUUNG NACH GRUNDANSPRUCH**

Name des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Berufstätigkeitsnachweis**

**zum Antrag auf Förderung von Kindertagespflege**

Frau / Herr

\_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_.

Hiermit wird bescheinigt, dass die oben genannte Person (bitte ankreuzen und ausfüllen)

in meinem / unseren Betrieb     befristet bis \_\_\_\_\_     unbefristet

mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden beschäftigt

ist     werden kann, wenn die Betreuung des o. g. Kindes sichergestellt ist.

Die Beschäftigung beginnt dann am \_\_\_\_\_.

Die Beschäftigung erfolgt in \_\_\_\_\_.

(Anschrift s.o. oder Filiale, Zweigstelle, Niederlassung)

Die Beschäftigung erfolgt mit folgenden Arbeitszeiten:

Montags    von \_\_\_\_\_ Uhr    bis \_\_\_\_\_ Uhr

Dienstags    von \_\_\_\_\_ Uhr    bis \_\_\_\_\_ Uhr

Mittwochs    von \_\_\_\_\_ Uhr    bis \_\_\_\_\_ Uhr

Donnerstags    von \_\_\_\_\_ Uhr    bis \_\_\_\_\_ Uhr

Freitags    von \_\_\_\_\_ Uhr    bis \_\_\_\_\_ Uhr

Samstags    von \_\_\_\_\_ Uhr    bis \_\_\_\_\_ Uhr

Sonntags    von \_\_\_\_\_ Uhr    bis \_\_\_\_\_ Uhr

sonstiges \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers)



**Von der zuständigen Amts-/ Stadtverwaltung auszufüllen**

Ich bestätige, dass die beantragte Tagespflege für das/die auf Seite 1 genannte/n Kind/er notwendig ist, da die Betreuung derzeit nicht in einer Kindertageseinrichtung sichergestellt werden kann.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift und Dienststempel der  
zuständigen Kommunalverwaltung)

**NUR ERFORDERLICH BEI GESCHWISTERKINDERN**

Eltern/ Elternteil: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Name des 1. Kindes:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

*für das der **volle** Elternbeitrag entrichtet wird*

Kindertagesbetreuung in folgender Einrichtung: \_\_\_\_\_

Betreuungsform:  Krippe  Kindergarten  Tagespflege  Hort  Kinderhaus

Betreuung voraussichtlich bis: \_\_\_\_\_  
(Tag) (Monat) (Jahr)

Ich / Wir beantragen Geschwisterermäßigung ohne Einkommensprüfung für folgende Kinder:

**Name des 2. Kindes:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Kindertagesbetreuung in folgender Einrichtung: \_\_\_\_\_

Betreuungsform:  Krippe  Kindergarten  Tagespflege  Hort  Kinderhaus

Betreuung voraussichtlich bis: \_\_\_\_\_  
(Tag) (Monat) (Jahr)

**Name des 3. Kindes:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Kindertagesbetreuung in folgender Einrichtung: \_\_\_\_\_

Betreuungsform:  Krippe  Kindergarten  Tagespflege  Hort  Kinderhaus

Betreuung voraussichtlich bis: \_\_\_\_\_  
(Tag) (Monat) (Jahr)

**Name des 4. Kindes:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Kindertagesbetreuung in folgender Einrichtung: \_\_\_\_\_

Betreuungsform:  Krippe  Kindergarten  Tagespflege  Hort  Kinderhaus

Betreuung voraussichtlich bis: \_\_\_\_\_  
(Tag) (Monat) (Jahr)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift(en)