



Jugendamt/Kindertagesförderung 51.2

Postanschrift: PF 110264, 17042 Neubrandenburg

Antrag auf einen bedarfsgerechten Betreuungsplatz in einer Kindertageseinrichtung

gemäß §§ 6 und 7 KiföG M-V vom 4. September 2019 in der jeweils gültigen Fassung i. V. m. der Richtlinie zur Ausgestaltung der Kindertagesförderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte.

Erstantrag

Folgeantrag

Hiermit beantrage ich/beantragen wir als Personensorgeberechtigte/r

Name, Vorname:	
PLZ, Ort:	
Straße:	
Telefon/E-Mail:	

alleinerziehend:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
alleiniges Sorgerecht:	ja <input type="checkbox"/> Bitte Nachweis erbringen!	nein <input type="checkbox"/>
Pflegekind:	ja <input type="checkbox"/> Bitte Nachweis erbringen!	nein <input type="checkbox"/>
Asylbewerber:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

für folgendes Kind

Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		ggf. Klassenstufe: _____
Anschrift gewöhnlicher Aufenthalt:		

einen Betreuungsplatz mit Wirkung vom _____ mit einem Förderumfang von

	Krippe	Kindergarten	Hort
Ganztagsplatz	<input type="checkbox"/> bis 50 h/wöchentlich	<input type="checkbox"/> bis 50 h/wöchentlich	<input type="checkbox"/> bis 6 h/täglich
Teilzeitplatz	bis 30 h *	bis 30 h *	<input type="checkbox"/> bis 3 h/täglich
Halbtagsplatz	bis 20 h *	bis 20 h *	

* Ab Vollendung des 1. Lebensjahres besteht ein Rechtsanspruch auf eine Betreuung in öffentlich geförderten Kindertageseinrichtungen von 30 Stunden in der Woche (Teilzeitförderung). Die Förderung kann auf Wunsch der Personensorgeberechtigten in einem Umfang von 20 Wochenstunden in Anspruch genommen werden (Halbtagsförderung).

Angaben zu weiteren im Haushalt lebenden Kindern, die in einer Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle betreut werden:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Besuchte Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle

gewünschte Kindertageseinrichtung _____

Bestätigung der Kindertageseinrichtung:Die Betreuung ist möglich nicht möglich

Die erteilte Kapazität laut gültiger Erlaubnis für den Betrieb einer Kindertageseinrichtung wird nicht überschritten.

Eingewöhnung

Vor der erstmaligen Aufnahme in eine Kindertagesförderung wird für den Zeitraum von bis zu zwei (2) Wochen eine stundenweise Eingewöhnungszeit gewährt.

Die Eingewöhnung wird wie folgt gewährleistet:

Eingewöhnungszeitraum von – bis _____

.....
Ort und Datum

.....
Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift der Einrichtung

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt durch den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (gemäß §§ 67 und 69 SGB X). Sie haben das Recht auf Auskunft zu den gespeicherten Daten und einen Anspruch auf Berichtigung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Hinweise zur DSGVO zur Kenntnis genommen zu haben. Sie können diese auf dem Internetauftritt des Landkreises <https://www.lk-mecklenburgische-seenplatte.de/> unter dem Pfad >Unser-Landkreis>Landratsamt>Fachämter>Jugendamt>KiföG>Gesetzliche_Grundlagen einsehen und herunterladen.

Erklärung der/des Antragstellerin/Antragstellers

Hiermit bestätige ich/bestätigen wir, dass die Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Eintretende Veränderungen hinsichtlich der Angaben sind dem Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte umgehend mitzuteilen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir bei falschen Angaben rückwirkend zur vollen Kostenerstattung des beanspruchten Krippen-, Kindergarten-, Hortplatzes herangezogen werde/n.

Eine Übermittlung der Angaben aus dem Antrag erfolgt nur an die Stellen, die sie zur Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben benötigen. Ich bin/Wir sind mit der Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten einverstanden.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die notwendigen Daten meines/unseres Kindes und der Bewilligungsbescheid über die bedarfsgerechte Inanspruchnahme eines Betreuungsplatzes an die zuständige Wohnsitzgemeinde und den Träger der Kindertageseinrichtung weitergeleitet werden.

Mir/Uns ist bekannt, dass der Antrag erst dann abschließend bearbeitet werden kann, wenn alle notwendigen Unterlagen beigebracht sind.

Diesem Antrag sind die Anlagen vollständig ausgefüllt beizulegen.

Die Unterschrift gilt für den Antrag sowie die vorstehende Erklärung.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Nachweis zur Vorlage beim Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte

Name, Vorname Personensorgeberechtigte/r: _____

1. Meine wöchentliche Arbeitszeit beträgt: _____ Stunden

Beginn der Arbeitsaufnahme/das Arbeitsverhältnis besteht seit: (Bitte genaues Datum angeben.) _____

Beginn der Arbeitsaufnahme nach der Elternzeit: (Bitte genaues Datum angeben.) _____

Befristung des Arbeitsverhältnisses: ja nein_____
Bitte genaues Datum angeben.

Bestätigung Arbeitgeber _____

Stempel und Unterschrift**2. Ich befinde mich in einer Maßnahme:** von: _____ bis: _____ der Bundesagentur für Arbeit des Jobcenters berufliche Weiterbildungsmaßnahme nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 81 ff. SGB III Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (Reha) nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 112 ff. SGB III i.V.m. § 33 und §§ 44 ff. SGB IX

Bestätigung Jobcenter/Bundesagentur für Arbeit: _____

Stempel und Unterschrift**3. Ich befinde mich in einer Fortbildung:** von: _____ bis: _____

Bestätigung des Trägers der Fortbildung: _____

Stempel und Unterschrift**4. Ich befinde mich in einer Ausbildung:** von: _____ bis: _____

Bestätigung der Ausbildungseinrichtung: _____

Stempel und Unterschrift**5. Ich bin selbstständig.** ja

Bitte eine formlose Bestätigung vom Steuerberater bzw. Finanzamt einreichen.

6. Ich bin Schülerin/Schüler, Studentin/Student. ja

Bitte Schulbescheinigung bzw. Studienbescheinigung einreichen.

7. Ich befinde mich in der Elternzeit. ja

Bitte Elterngeldbescheid einreichen.

8. Sonstige Gründe. ja

Bitte ärztliches Attest beibringen, bzw. sozialpädagogische Gründe erläutern.

Hiermit bestätige ich, dass die o. g. Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Eintretende Veränderungen hinsichtlich der o. g. Angaben sind dem Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, Sachgebiet Kindertagesförderung, umgehend mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass ich bei falschen Angaben rückwirkend zur Kostenerstattung des beanspruchten Betreuungsplatzes herangezogen werde.

Datum_____
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Nachweis zur Vorlage beim Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte

Name, Vorname Personensorgeberechtigte/r: _____

1. Meine wöchentliche Arbeitszeit beträgt:

_____ Stunden

Beginn der Arbeitsaufnahme/das Arbeitsverhältnis besteht seit: (Bitte genaues Datum angeben.) _____

Beginn der Arbeitsaufnahme nach der Elternzeit: (Bitte genaues Datum angeben.) _____

Befristung des Arbeitsverhältnisses:

 ja nein_____
Bitte genaues Datum angeben.

Bestätigung Arbeitgeber

Stempel und Unterschrift**2. Ich befinde mich in einer Maßnahme:**

von: _____ bis: _____

 der Bundesagentur für Arbeit des Jobcenters berufliche Weiterbildungsmaßnahme nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 81 ff. SGB III Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (Reha) nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 112 ff. SGB III i.V.m. § 33 und §§ 44 ff. SGB IX

Bestätigung Jobcenter/Bundesagentur für Arbeit:

Stempel und Unterschrift**3. Ich befinde mich in einer Fortbildung:**

von: _____ bis: _____

Bestätigung des Trägers der Fortbildung:

Stempel und Unterschrift**4. Ich befinde mich in einer Ausbildung:**

von: _____ bis: _____

Bestätigung der Ausbildungseinrichtung:

Stempel und Unterschrift**5. Ich bin selbstständig.** ja

Bitte eine formlose Bestätigung vom Steuerberater bzw. Finanzamt einreichen.

6. Ich bin Schülerin/Schüler, Studentin/Student. ja

Bitte Schulbescheinigung bzw. Studienbescheinigung einreichen.

7. Ich befinde mich in der Elternzeit. ja

Bitte Elterngeldbescheid einreichen.

8. Sonstige Gründe. ja

Bitte ärztliches Attest beibringen, bzw. sozialpädagogische Gründe erläutern.

Hiermit bestätige ich, dass die o. g. Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Eintretende Veränderungen hinsichtlich der o. g. Angaben sind dem Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, Sachgebiet Kindertagesförderung, umgehend mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass ich bei falschen Angaben rückwirkend zur Kostenerstattung des beanspruchten Betreuungsplatzes herangezogen werde.

Datum_____
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r