

### Antrag auf Förderung der Kindertagespflege gemäß §§ 23 und 24 SGB VIII

Erstantrag                       Folgeantrag zum Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
--------------------------	---	--------------

<b>Antragstellerin/Antragsteller</b>	Name _____ Vorname _____
<input type="checkbox"/> Anschrift	_____
Geburtsdatum	_____
Telefon-Nr.	_____
E-Mail	_____

<b>anderer leiblicher Elternteil</b>	Name _____ Vorname _____
<input type="checkbox"/> Anschrift	_____
Geburtsdatum	_____

<b>Weitere kindergeldberechtigte Kinder:</b> Name, Vorname	Geburtsdatum	Besuch Krippe, Kindergarten oder Hort
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hiermit beantrage ich eine Förderung der Kindertagespflege nach der Satzung des Landkreises Verden über die Förderung der Kindertagespflege und die Erhebung von Kostenbeiträgen für die Kindertagespflege in der derzeit gültigen Fassung für das oben aufgeführte Kind.

Bitte wenden ↗

Zeitraum der Kindertagespflege	Datum ab	Antragszeitraum <input type="checkbox"/> bis _____ oder <input type="checkbox"/> für 12 Monate (Höchstdauer lt. Satzung)
Betreuungsort	<input type="checkbox"/> Haushalt der Antragstellerin/ des Antragstellers	<input type="checkbox"/> Räumlichkeiten der Tagespflegeperson
Eingewöhnungszeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja - Eine Aufstellung der genauen Eingewöhnungszeiten mit Bestätigung der Tagespflegeperson ist nach Ende der Eingewöhnung einzureichen
Besuch einer Kindertagesstätte (Krippe, Kindergarten, Hort)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ Uhr bis _____ Uhr
Schulzeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ Uhr bis _____ Uhr

Folgende Betreuungszeiten werden beantragt:

wie vertraglich vereinbart (Kopie vom Betreuungsvertrag ist beizufügen)

**oder**

\_\_\_\_\_ Tage von 7 Tagen pro Woche

\_\_\_\_\_ Stunden in der Woche **oder** \_\_\_\_\_ Stunden im Monat

**oder**

die Betreuungszeiten können im Voraus nicht geplant werden. Ich werde die monatlichen Betreuungsstunden mit Bestätigung von der Tagespflegeperson am Ende des Monats nachweisen, damit diese abgerechnet werden können.

#### Angaben zur Tagespflegeperson

Tagespflegeperson	Name	Vorname
Besteht eine Haushaltsgemeinschaft mit der Antragstellerin/dem Antragsteller?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Anschrift wie folgt:	

Gemäß § 11 der Satzung des Landkreises Verden über die Förderung der Kindertagespflege und die Erhebung von Kostenbeiträgen für die Kindertagespflege wird ein Kostenbeitrag erhoben. Dieser richtet sich nach dem § 14 der Satzung.

Grundsätzlich ist die Selbstauskunft von Ihnen **vollständig** auszufüllen und sämtliches Einkommen anzugeben. Maßgebend ist das Jahreseinkommen, das die Beitragspflichtigen in dem Kalenderjahr haben, das dem Beginn bzw. einer Fortsetzung der Kindertagespflege vorangeht (Bemessungszeitraum). **Auf die Angaben zum Einkommen kann verzichtet werden, wenn Sie einen der beiden Punkte ankreuzen und dies mit Ihrer Unterschrift auf der letzten Seite bestätigen:**

Mein Familienjahresnettoeinkommen entspricht der Einkommensstufe 6 (Höchststufe) der Kostenbeitragstabelle, ich verzichte auf eine Einkommensberechnung.

Ich erhalte Leistungen nach dem SGB II, SGB XII, Asylbewerberleistungen oder den Kinderzuschlag nach § 6 Bundeskindergeldgesetz (**Aktueller Bescheid ist beizufügen**)

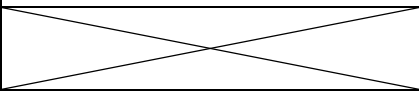
Sofern keiner der o. g. Punkte zutreffend ist, ist die Selbstauskunft – siehe nächste Seite - vollständig ausgefüllt mit dem **Einkommenssteuerbescheid** aus dem Vorjahr einzureichen. Sollte dieser noch nicht vorliegen reichen Sie bitte die **Lohnsteuerbescheinigung** und/oder die Gewinn- und Verlustrechnung aus dem Vorjahr ein.

In diesem Fall wird bis zur Vorlage des Einkommenssteuerbescheides vorläufig über den Kostenbeitrag entschieden.

**Selbstauskunft**

zu meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen zur Berechnung des Kostenbeitrages

Jahreseinkünfte des Kalendervorjahres:

	Mutter	Vater
<b>Erwerbseinkommen aus nichtselbständiger Arbeit</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
<b>Einkommen aus selbständiger Arbeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
<b>Leistungen der Agentur für Arbeit</b> Arbeitslosengeld oder SGB II-Leistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
<b>Kindergeldberechtigte Kinder</b>	___ Kind/Kinder (Anzahl)	
<b>Unterhalt</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
<b>Unterhaltsvorschuss</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
Renten, Waisenrenten, Pensionen o. Ä., einschl. evtl. Zuschüsse etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
Einkünfte aus Vermögen Zinsen, Dividende etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
Wohngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
Elterngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	
Übergangs-/Eingliederungsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
Krankengeld/Kinderkrankengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
Leistungen nach dem BaföG, AFG etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €
Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ €

**Versicherungen und Beiträge zu Berufsverbänden:**

	Beitrag		Zahlungsweise			
			Monatlich	Vierteljährl.	Halbjährl.	Jährlich
Beiträge zu Berufsverbänden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riester-Rente/ Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kapitalbildende Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risikolebens- versicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bei Selbständigen und Beamten</b>						
Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschließende Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers:**

Ich versichere die Richtigkeit der oben stehenden Angaben, die Notwendigkeit des Betreuungsumfangs und verpflichte mich, jede Änderung in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen umgehend mitzuteilen. Dies gilt auch, wenn das Kind die Pflegestelle nicht mehr besucht oder wenn sich die Betreuungszeiten ändern. Über meine Mitteilungspflicht und die Folgen der fehlenden Mitwirkung bin ich unterrichtet.

Ich weiß, dass ich wegen falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht geleistete Hilfe zurückzahlen bzw. mit einer Nachforderung von Kostenbeiträgen rechnen muss.

**Einverständniserklärung/Information zum Datenschutz:**

Ich bin damit einverstanden, dass die notwendigen personenbezogenen Daten bei den für mich zuständigen Stellen wie z. B. Fachdienst Soziales, Agentur für Arbeit, Einwohnermeldeamt eingeholt werden.

Mir ist bekannt, dass die zum Zwecke der Antragsbearbeitung und Auszahlung des Pflegegeldes erhobenen Daten elektronisch gespeichert werden.

**Hinweis:**

**Der Antrag kann nur abschließend bearbeitet werden, wenn alle Punkte im Antrag mit ja oder nein beantwortet sind; Sie ausdrücklich auf eine Einkommensberechnung verzichten bzw. die Selbstauskunft vollständig ausgefüllt haben sowie die Bestätigung der Angaben durch Ihre Unterschrift/Unterschriften erfolgt ist/sind.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Mutter

---

Unterschrift des Vaters