

Name, Vorname und Anschrift des Antragsstellers:

Eingangsdatum:

Stadt Königs Wusterhausen
Fachbereich III Bildung, Familie und Ordnung
Sachgebiet: Bildung u. Familie
Karl-Marx-Straße 23
15711 Königs Wusterhausen

Kita „Pumuckl“
Senzig

Tel.: (03375) 273 286
Fax: (03375) 273 134

Antrag zur Bedarfsfeststellung / Nachweis des bedingten Rechtsanspruches / Mehrbedarfes auf Betreuung eines Kindes in einer Tageseinrichtung in der Stadt Königs Wusterhausen

Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Mutter/Personenberechtigte	<input type="checkbox"/> Vater/Personenberechtigter
Name		
Vorname		
geboren am		
Wohnanschrift		

Angaben zu/m Kind/er, für welches der bedingte Rechtsanspruch festgestellt werden soll:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Folgende Betreuungszeiten nach § 1 Abs. 2 und 3 KitaG des Landes Brandenburg in der gültigen Fassung werden wie folgt beantragt:

zu Kind	Anzahl der Stunden (6 h Kiga/Krippe)	Rechtsanspruch	Anzahl der Stunden (zusätzlicher Bedarf)	Mehrbedarf
1.		Rechtsanspruch		Mehrbedarf
2.		Rechtsanspruch		Mehrbedarf
3.		Rechtsanspruch		Mehrbedarf
4.		Rechtsanspruch		Mehrbedarf
5.		Rechtsanspruch		Mehrbedarf

Begründung des Antrages (ZUTREFFENDES ANKREUZEN):

Zur Erwerbssituation:

	Mutter / Personenber.	Vater / Personenber.
Erwerbstätigkeit		
Keine Erwerbstätigkeit		
Aus- / Fortbildung Bildungsstätte:		
Anschrift des Arbeitgebers der Bildungsstätte:		
Befristeter Vertrag	<input type="checkbox"/> von: bis:	<input type="checkbox"/> von: bis:
Unbefristeter Vertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tägliche Arbeits- bzw. Ausbildungszeit	von: bis: Stunden gesamt:	von: bis: Stunden gesamt:
Tägliche Wegezeit (in Stunden) Hinfahrt Rückfahrt Hinfahrt Rückfahrt

Familiäre Situation

Ausführliche Darstellung der familiären Situation (ggf. Extrabogen anfügen):

Zusätzlicher Erziehungsbedarf

Darstellung (ggf. Extrabogen anfügen):

Weitere Gründe

Darstellung (ggf. Extrabogen anfügen):

Dem Antrag sind beigefügt:

- Nachweis über Berufstätigkeit / Bildungsmaßnahme
- Nachweis über
- Nachweis über

Erklärung:

Ich erkläre, dass vorstehende Angaben wahr und vollständig sind. Ich weiß, dass wissentlich falsche Angaben oder das vorsätzliche Verschweigen von rechtserheblichen Tatsachen im Sinne des § 263 BGB strafbar sind und geahndet werden können. Die Stadt Königs Wusterhausen behält sich vor, die Seitens der Eltern im Antrag auf Betreuungszeiten nach KitaG gemachten Angaben, zu prüfen. Ich verpflichte mich, wesentliche Änderungen in den Einkommens- und / oder Familienverhältnissen der Stadt Königs Wusterhausen unverzüglich mitzuteilen.

Königs Wusterhausen, den	Unterschrift Mutter/Personenberechtigte
in Druckbuchstaben	
Königs Wusterhausen, den	Unterschrift Vater/Personenberechtigter
in Druckbuchstaben	

Hinweis:

Ihre Angaben werden auf der Grundlage des KitaG des Landes Brandenburg in der zur Zeit geltenden Fassung und unter Beachtung des Datenschutzgesetzes ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrages erhoben, gespeichert und genutzt. Ohne Ihre vollständigen Angaben kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden und eine Aufnahme in eine Kindertagesstätte kann nicht erfolgen.

Nachweis des Arbeitgebers/der Bildungsstätte

über eine Berufstätigkeit/Bildungsmaßnahme*) für die Stadt Königs Wusterhausen wegen eines Antrages zur Aufnahme in eine Kita über die Betreuungszeiten nach § 1 Abs. 2 und 3 KitaG des Landes Brandenburg.

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr *)
ein(e) für die Zeit vom bis befristete(s) / unbefristet(s) *)
Arbeitsverhältnis / Bildungsmaßnahme *) ausübt.

Arbeits- / Bildungsort *):

Tägliche Arbeits- / Bildungszeit *): Stunden

Beginn: Uhr

Ende: Uhr

Ort;, den

.....
Unterschrift
Arbeitgeber / Bildungsträger

Anschrift Arbeitgeber/Bildungsträger (Stempel):

.....
.....
.....
.....

*) Nichtzutreffendes bitte streichen!

Nachweis des Arbeitgebers/der Bildungsstätte

über eine Berufstätigkeit/Bildungsmaßnahme*) für die Stadt Königs Wusterhausen wegen eines Antrages zur Aufnahme in eine Kita über die Betreuungszeiten nach § 1 Abs. 2 und 3 KitaG des Landes Brandenburg.

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr *)
ein(e) für die Zeit vom bis befristete(s) / unbefristet(s) *)
Arbeitsverhältnis / Bildungsmaßnahme *) ausübt.

Arbeits- / Bildungsort *):

Tägliche Arbeits- / Bildungszeit *): Stunden

Beginn: Uhr

Ende: Uhr

Ort;, den

.....
Unterschrift
Arbeitgeber / Bildungsträger

Anschrift Arbeitgeber/Bildungsträger (Stempel):

.....
.....
.....
.....

*) Nichtzutreffendes bitte streichen!