

Rücksendung an:

Amt Nordstornarn  
Hauptamt  
Am Schiefen Kamp 10  
23858 Reinfeld (Holstein)

- Erstantrag**
- Folgeantrag**
- Meldung zur Belegung**

## Betreuung in der Kindertagespflege

Hiermit wird für die Betreuung des u. g. Kindes ab dem \_\_\_\_\_

die Gewährung/Weitergewährung des Betriebskostenzuschusses an die Tagespflegeperson \*1  
und/oder

die Gewährung/Weitergewährung des Betreuungskostenzuschusses der Gemeinde zum Elternbeitrag \*2  
beantragt.

### Daten zum betreuten Kind

Nachname des Kindes		Vorname des Kindes		geb. am
Straße/Haus-Nr.		PLZ/Ort		
Eltern / Personensorgeberechtigte (Vor- und Nachnamen)				
Festnetztelefon-Nr.		Mobiltelefon-Nr.		<input type="checkbox"/> Mutter <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Vater
Begründung für die Tagespflegebetreuung (z.B. Berufstätigkeit) *3				
Geschwisterkinder im nicht schulpflichtigen Alter				
Nr.	Nachname des Kindes	Vorname des Kindes		geb. am
1.	Betreuung im Kindergarten oder Tagespflege (Name der Einrichtung)			
Nr.	Nachname des Kindes	Vorname des Kindes		geb. am
2.	Betreuung im Kindergarten oder Tagespflege (Name der Einrichtung)			

### Betreuungsumfang

Der Betreuungsumfang ist grundsätzlich beim Erstantrag <u>und</u> bei Veränderungen der Betreuungszeiten <b>detailliert</b> anzugeben. *3	Betreuungszeiten	von	bis	Stunden pro Tag	
	Montag	Uhr	Uhr	Std.	
	Dienstag	Uhr	Uhr	Std.	
	Mittwoch	Uhr	Uhr	Std.	
	Donnerstag	Uhr	Uhr	Std.	
	Freitag	Uhr	Uhr	Std.	
	<b>Wochenstunden gesamt</b>				Std.
	<b>monatlicher Betriebskostenzuschuss</b>				€/mtl.

- Das Kind wird unverändert, d.h. mit einem als förderungsfähig anerkannten Betreuungsumfang von \_\_\_\_\_ Std./Woche, ohne Unterbrechung weiter betreut, wie mit dem letztgültigen Betriebskostenzuschnitts-Bescheid vom \_\_\_\_\_ und/oder Betreuungskostenzuschuss-Bescheid vom \_\_\_\_\_ bewilligt.

**Daten zur Kindertagespflegeperson** (Antragsteller/-in Betriebskostenzuschnitts) **u. Kindertagespflegestelle** (KTP)

Nachname	Vorname	Name der Kindertagespflegestelle
Straße/Haus-Nr. der Kindertagespflegestelle	PLZ/Ort der Kindertagespflegestelle	Internet-URL der Kindertagespflegestelle
Festnetztelefon-Nr. <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> KTP	Mobiltelefon-Nr. <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> KTP	E-Mail <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> KTP

**Bankverbindung der Tagespflegeperson**

- Die bekannte Bankverbindung ist unverändert weiter zu verwenden.

**Die Bankverbindung lautet wie folgt / hat sich wie folgt geändert:**

Kontoinhaber/in	Name der Bank
IBAN	BIC

**Daten der Eltern** (Antragsteller Betreuungskostenzuschuss zum Elternbeitrag)

**Bankverbindung der Eltern**

- Die bekannte Bankverbindung ist unverändert weiter zu verwenden.

**Die Bankverbindung lautet wie folgt / hat sich wie folgt geändert:**

Kontoinhaber/in	Name der Bank
IBAN	BIC

**Änderungen der Lebenslage der Eltern / Personensorgeberechtigten**

Angaben zur Mutter	Angaben zum Vater
<input type="checkbox"/> Mutterschutzfrist ab _____ <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung ab _____ <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme der Beschäftigung nach der Elternzeit ab _____	<input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung ab _____ <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme der Beschäftigung nach der Elternzeit ab _____
<b>Anschriftenänderung</b> <input type="checkbox"/> Die Familie wird / ist am _____ in eine andere Wohngemeinde umziehen / umgezogen. Die neue Anschrift lautet: _____	

**Ende der Betreuung**

- Das o.g. Kind wird letztmalig am \_\_\_\_\_ betreut. Das Betreuungsverhältnis ist damit beendet.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Tagespflegeperson

\_\_\_\_\_ Unterschrift Eltern

\*1 Bitte die entsprechenden Nachweise, z.B. Bescheinigungen der Arbeitgeber über die tägliche Arbeitszeit beifügen, wenn die Betreuungszeit 20 Stunden wöchentlich überschreitet oder eine Kopie Ihres Bescheides vom Kreis Stormarn, der den im Vorwege geprüften förderungsfähigen Betreuungsumfang ausweist.

\*2 **Der aktuelle Bescheid des Kreises Stormarn**, dass die Förderung von Kindern in Tagespflege nach § 23 SGB VIII durch den Kreis Stormarn, Der Landrat, Fachdienst Familie und Schule/Wirtschaftliche Jugendhilfe, 23840 Bad Oldesloe geprüft wurde und den verbleibenden Eigenanteil der Eltern ausweist, **ist diesem Antrag in Kopie beizufügen.**

\*3 Bitte die entsprechenden Nachweise, z.B. Bescheinigungen der Arbeitgeber über die tägliche Arbeitszeit beifügen, wenn die Betreuungszeit 20 Stunden wöchentlich überschreitet.