



Für die Bearbeitung zuständige Behörde (Wohnortgemeinde):

**Amt Dänischer Wohld
Karl-Kolbe-Platz 1, 24214 Gettorf**

Besuchte Kindertagesstätte:

Name _____

Adresse _____

Antrag auf Übernahme des Kostenbeitrages für die Förderung in einer Kindertagesstätte gem. § 90 Absatz 4 SGB VIII

Die Übernahme des Kostenbeitrages wird beantragt ab: _____

Bitte verwenden Sie diesen Antrag nur dann, wenn Sie eine der folgenden Leistungen erhalten oder ein Pflegekind betreuen (zutreffendes bitte ankreuzen):

Ich beziehe Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB II.

Ich beziehe Leistungen nach dem dritten und vierten Kapitel SGB XII.

(Drittes Kapitel = Hilfe zum Lebensunterhalt,

Viertes Kapitel = Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)

Ich beziehe Leistungen nach den §§ 2 und 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes.

Ich beziehe Kinderzuschlag gemäß § 6 a des Bundeskindergeldgesetzes.

Ich beziehe Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz.

Ich betreue ein Pflegekind, welches eine Kindertagesstätte besucht und für das die Kostenübernahme beantragt wird.

Fügen Sie bitte den aktuellen Leistungsbescheid bzw. eine Bescheinigung über das Pflegeverhältnis bei.

Die Vorlage der 1. Seite des Leistungsbescheides genügt dann, wenn aus dieser

- die Art der Leistung,
- der Empfänger der Leistung sowie
- der Leistungszeitraum ersichtlich sind.

Alternativ haben Sie die Möglichkeit, die für diesen Antrag nicht erforderliche Daten in der Kopie des Leistungsbescheides unkenntlich zu machen (z. B. schwärzen).

Erziehungsberechtigte/r / Antragsteller/in:	Ehepartner/in / Lebenspartner/in:
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Ggf. Geburtsname:	Ggf. Geburtsname:
Telefon:	Telefon:
Handy:	Handy:
Email:	Email:
Familienstand:	
Adresse:	

Kind/er in der Haushaltsgemeinschaft (bitte alle Kinder eintragen):

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Gemeinsames Kind
 Leibliche Mutter Leiblicher Vater
 Kita Kind? Ja Nein
 Name der Kita: _____
 seit/ab _____

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Gemeinsames Kind
 Leibliche Mutter Leiblicher Vater
 Kita Kind? Ja Nein
 Name der Kita: _____
 seit/ab _____

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Gemeinsames Kind
 Leibliche Mutter Leiblicher Vater
 Kita Kind? Ja Nein
 Name der Kita: _____
 seit/ab _____

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Gemeinsames Kind
 Leibliche Mutter Leiblicher Vater
 Kita Kind? Ja Nein
 Name der Kita: _____
 seit/ab _____

Sonstige in der Haushaltsgemeinschaft lebende Personen:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

Die Verpflichtung, Änderungen in meinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen unverzüglich nachzuweisen, ist mir bekannt. Mir ist auch bekannt, dass bei Nichteinhaltung der Anzeigepflicht die Ermäßigung entfällt bzw. eine Rückforderung erfolgt.

Mit der Aufnahme des Kindes in die Kindertageseinrichtung entsteht die Verpflichtung zur Zahlung des Kostenbeitrages. Diese ist bis zur Entscheidung über diesen Antrag zu zahlen bzw. weiterzuzahlen.

Ich erteile die Ermächtigung, die für die Bearbeitung des Antrages notwendigen Angaben von Dritten einzuholen. Ich gebe weiterhin die Einwilligung, die erhobenen Daten an Dritte (Sozialamt, Wohngeldamt, Einwohnermeldeamt und andere Behörden sowie auch den Träger der Kindertageseinrichtung) zu übermitteln, sofern dies für die Berechnung und Festsetzung der Ermäßigung oder den Erlass des Kostenbeitrages erforderlich ist.

Die vorstehenden Angaben sind richtig und die erforderlichen Nachweise sind beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift