

# Antrag auf Finanzierung der Kindertagespflege nach § 23 ACHTES BUCH Sozialgesetzbuch –Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) Stand: Juli 2020

Tagespflegeperson: \_\_\_\_\_ (als Nachweis Anlage A vorlegen)

Die Tagespflegeperson besitzt eine Pflegeerlaubnis bzw. eine Eignungsprüfung von der Abteilung Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche:

ja       nein       wurde beantragt am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Ausgabevermerk:

Sie haben am \_\_\_\_\_ einen mündlichen Antrag gestellt. Den Formantrag reichen Sie bitte innerhalb von einem Monat nach der mündlichen Antragstellung ein. Sollten Sie diese Frist nicht einhalten, so kann ich die Finanzierung frühestens ab dem Tag gewähren, an dem Ihr Antrag bei mir eingeht.

Handzeichen und Stempel der ausgebenden Behörde:

Eingangsvermerk:

Wohnsitzgemeinde:	Landkreis:

## 1. Antragsteller:

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Staatsangehörigkeit bei Geburt	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere
Anschrift		
Telefonnummer		
Mailadresse		
Familienstand		
Arbeitgeber		

## 2. Kinder, für die Sie die Finanzierung beantragen:

Name			
Vorname	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	<input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen
Geburtsdatum			
Staatsangehörigkeit bei Geburt	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere

Vorrangige Sprache innerhalb der Familie:  deutsch       andere Sprache

### 3. Einkommen

**(Bitte nur ausfüllen, wenn die Finanzierung für Kinder unter drei Jahren oder für schulpflichtige Kinder beantragt wird)**

Ich / Wir beziehe(n) Leistungen nach dem **SGB II** (Arbeitslosengeld II), **SGB XII** (Grundsicherung, -Kapitel 3 und 4-), **Asylbewerberleistungsgesetz** (§§ 2 und 3), bzw. für das Kind **Kinderzuschlag** nach § 6a Bundeskindergeldgesetz oder **Wohngeld** nach dem Wohngeldgesetz.

**Aktuelle und vollständige Bescheide und die aktuelle(n) Eingliederungsvereinbarung(en) für den Bezug von Leistungen nach SGB II lege(n) ich / wir bei.**

Ich / Wir verfüge(n) über ein monatliches Nettoeinkommen von mindestens 4.000 € und möchte(n) daher ohne Einreichen von weiteren Unterlagen in die höchste Einkommensstufe eingruppiert werden.

Ich / Wir beziehe(n) keine der obigen Leistungen und haben ein Nettoeinkommen von unter 4.000 € netto monatlich. Ich / Wir habe(n) folgendes Einkommen:  
Bitte zutreffendes ankreuzen und die entsprechenden Nachweise vorlegen

	Mutter:	Vater:	
Netto aus nichtselbständiger Arbeit (auch bei einer geringfügigen Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Anlage B</b> oder die letzten 12 Verdienstbescheinigungen
Einkünfte aus selbständiger Arbeit / Gewerbebetrieb und aus Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	die letzte vorliegende Gewinn – und Verlustrechnung
Leistungen der Agentur für Arbeit (Arbeitslosengeld I, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, BAB, Kinderbetreuungskosten...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aktuellen Bescheid
Leistungen der Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aktuellen Bescheid
Ehegattenunterhalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aktueller Kontoauszug, Urteile oder Vergleiche
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miet- u. Pachtverträge, aktueller Kontoauszug
Renteneinkünfte / Pensionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aktuellen Bescheid
Leistungen nach BAföG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aktuellen Bescheid
sonstiges Einkommen (z.B. Elterngeld...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aktuelle Nachweise

#### 3.1 Bei Einnahmen aus einem Beamtenverhältnis:

Bitte reichen Sie Ihren aktuellen Beitragsbescheid Ihrer privaten Kranken- und Pflegeversicherung, sowie einen aktuellen Kontoauszug mit der Abbuchung des Beitrages als Nachweis über die laufende Zahlung der Beiträge ein.

#### 3.2 Nur bei Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit/Gewerbebetrieb:

Bitte reichen Sie Ihren aktuellen Beitragsbescheid Ihrer privaten Kranken- und Pflegeversicherung und Ihrer Altersvorsorge ein, sowie einen aktuellen Kontoauszug mit der Abbuchung des Beitrages als Nachweis über die laufende Zahlung der Beiträge.

#### **4. Erklärung der Elternteile, die mit dem Kind gemeinsam im Haushalt leben**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte vollständig angegeben habe.

Ich bin ferner darüber informiert, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 236 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss.

Ich weiß, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse unverzüglich und unaufgefordert der Abteilung Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche mitzuteilen habe.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Tagespflegeperson darüber informiert wird, wenn ich die zur Bearbeitung dieses Antrages erforderlichen Unterlagen trotz Erinnerung nicht einreiche. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass bei einer Finanzierung der Kindertagespflege durch die Abteilung Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche, direkt mit der Tagespflegeperson abgerechnet wird.

**Eine eventuelle Finanzierung ist frühestens ab dem Zeitpunkt des Antragseingangs möglich.**

Wenn Sie als Eltern zusammenleben, so ist der Antrag von Ihnen beiden zu unterschreiben.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Kindesmutter

---

Ort, Datum

Unterschrift des Kindesvaters

**Zurück an:**

Landkreis Harburg  
Abteilung Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche  
Postfach 1440  
21414 Winsen

oder an Ihre Wohnsitzgemeinde mit der Bitte um Weiterleitung

Anlage A zum Antrag auf Finanzierung der Kindertagespflege

**Tagespflegebestätigung**

Das Kind \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

wird seit / ab dem \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ betreut.  
 Name, Vorname, PLZ, Ort, Straße

Die Betreuung erfolgt:  im Haushalt der Tagespflegeperson,  im Haushalt der Eltern,  
 in anderen Räumen (bitte Anschrift angeben: \_\_\_\_\_)

Als Kindertagespflegeperson bin ich mit dem Kind verwandt:  
 nein  ja – Art des Verwandtschaftsverhältnisses: \_\_\_\_\_

Er / Sie besucht die Kindertagespflegestelle an/zu folgenden Tagen/Zeiten:

Wochentage	Betreuungszeiten *	Verpflegung durch die Kindertagespflegeperson		
Montag		<input type="checkbox"/> Frühstück	<input type="checkbox"/> Mittagessen	<input type="checkbox"/> Abendbrot
Dienstag		<input type="checkbox"/> Frühstück	<input type="checkbox"/> Mittagessen	<input type="checkbox"/> Abendbrot
Mittwoch		<input type="checkbox"/> Frühstück	<input type="checkbox"/> Mittagessen	<input type="checkbox"/> Abendbrot
Donnerstag		<input type="checkbox"/> Frühstück	<input type="checkbox"/> Mittagessen	<input type="checkbox"/> Abendbrot
Freitag		<input type="checkbox"/> Frühstück	<input type="checkbox"/> Mittagessen	<input type="checkbox"/> Abendbrot
Samstag		<input type="checkbox"/> Frühstück	<input type="checkbox"/> Mittagessen	<input type="checkbox"/> Abendbrot
Sonntag		<input type="checkbox"/> Frühstück	<input type="checkbox"/> Mittagessen	<input type="checkbox"/> Abendbrot

\*(die monatliche Betreuungszeit errechnet sich nach folgender Formel: Std pro Woche x 52 Wochen : 12 Monate = Stunden pro Monat zur Berechnung des Elternbeitrages)

Sollten die Betreuungszeiten wöchentlich variieren, tragen Sie bitte hier die Betreuungstage und –zeiten sowie die jeweiligen Hauptmahlzeiten ein:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Zusätzlich wird das Kind betreut in/bei (bitte ankreuzen):  keine zusätzliche Betreuung  
 weitere Tagespflegeperson  Kindergarten/Krippe/Hort  Ganztagschule

Für die öffentliche Finanzierung der Kindertagespflege gelten die Satzung des Landkreises Harburg über die Kindertagespflege sowie das Konzept zur Kindertagespflege in der aktuellen Fassung. Diese Dokumente sind einsehbar unter [www.landkreis-harburg.de](http://www.landkreis-harburg.de) (Stichwort: Finanzierung der Kindertagespflege).

**Ich bestätige die Angaben; ein ausreichender, altersentsprechender Masernimpfschutz, bzw. ein Attest, dass aus ärztlicher Sicht nicht geimpft werden darf, wurde mir nachgewiesen.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Tagespflegeperson \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_

**Anlage B zum Antrag auf Finanzierung der Kindertagespflege**

Herr / Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

wird in unserem Betrieb seit dem \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_ beschäftigt.

Der /Die Beschäftigte hat innerhalb des Zeitraumes der letzten 12 Monate folgende Bezüge erhalten:

Es werden monatliche Angaben erbeten!

Einzusetzen sind alle Einkünfte in Geld- und Geldeswert, einschließlich Nachzahlungen, Mehrarbeitszuschlägen, Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Gratifikationen, . Erfolgsprämien, Tantiemen, Ausgleichszahlungen sowie Zulagen und Zuwendungen jeder Art.

<u>Lohn/Gehaltszahlungs- zeitraum</u>		<u>Zahl der Arbeitstage</u>	<u>Bruttobezüge</u> davon Wert der Sach- bezüge Einmalige Ein- künfte Deputat (Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prä- Verpflegung freie Wohnung u.a.) mien, Tantiemen, u.a.)			<u>Lohnsteuer</u>	<u>Solidaritäts- zuschlag</u>	<u>Kirchen- steuer</u>	<u>Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Pfleger-versiche- rung</u>	<u>zusätzl. Alters- u. Hinterblie- benen- versorgung</u>	<u>Arbeit- geber- spar- zulage</u>	<u>Pfän- dungen, Vorschuß, u.a.</u>	<u>Netto- Verdienst</u>
von	bis		insgesamt										
			€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

**Bei Antwort bitte zurück an: Landkreis Harburg  
Abteilung Besondere Leistungen für Kinder und  
Jugendliche  
Postfach 1440  
21414 Winsen**

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Firmenstempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

**Geschwisterermäßigung**

(gültig ab 01.09.2014)

**Im Haushalt leben Geschwisterkinder, die eine Kindertagesstätte (Krippe oder Hort) besuchen:**

- NEIN**       **JA**

Wenn ja, bitte Namen der Geschwisterkinder, die eine Kindertagesstätte besuchen, eintragen:

<b>Name</b>	1.	2.	3.
<b>Vorname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
(besucht seit/ ab dem _____ bis voraussichtlich _____) die <b>Kindertagesstätte</b>			

**Bestätigung der Kindertagesstätte:**

(Ist vom Träger bzw. von der Kindertagesstätte auszufüllen!)

*Hiermit wird bestätigt, dass das/die Kind(er)*

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

**beitragspflichtig** bis zum (Datum) zu 1. \_\_\_\_\_ zu 2. \_\_\_\_\_ zu 3. \_\_\_\_\_ betreut werden.

- Ja**       **Nein**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Kindertagesstätte

Bitte beachten Sie, dass eine Geschwisterermäßigung für die Kindertagespflege nur gewährt werden kann, sofern ein älteres Geschwisterkind beitragspflichtig in einer Kindertagesstätte (Krippe oder Hort) betreut wird.