

Az. 52.1.2.- _____ **Änderung** ab: _____

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 (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 _____