Stadt Elsterwerda
Hauptstraße 12
04910 Elsterwerda

Ansprechpartner: Frau Müller
Tel.: 03533/ 65 252
E-Mail: lov@elsterwerda.de

Antrag auf Prüfung und Feststellung des (erweiterten) Rechtsanspruches auf Kindertagesbetreuung gem. § 1 Kindertagesstättengesetz (KitaG)

1. Angaben zum Kind, für welches der Rechtsanspruch festgestellt werden soll

Name	
Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

2. Kindertagesbetreuung in der Einrichtung *(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*

☐ Kita „Lindenhäuschen“
☐ Kita „Bremer Stadtmusikanten“
☐ Kita „Waldwichtel“
☐ Kita „Rasselbande“
☐ Kita „Stadtmäuse

3. Betreuungsform *(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*

☐ Krippe/ Kindergarten
☐ Hort - Klassenstufe: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

4. Benötigter Umfang der Betreuung des Kindes: _____Stunden **täglich***

Ab wann benötigt das Kind diese Betreuung: _____ (Datum)

*Bei einem Betreuungsbedarf von:
- **mehr als 6Stunden/Tag** in Krippe/Kita sowie **Kinder unter 1 Jahr**
- **mehr als 4 Stunden/Tag** im Hort und **Kinder der 5. Und 6. Klasse**
dem Antrag bitte geeignete Nachweise beifügen z.B. Arbeitgeber-Bescheinigung(en)

5. Der Bedarf wird begründet durch:

☐ Erwerbstätigkeit oder Aus-/Fortbildung
☐ familiäre Situation
☐ besonderer Erziehungsbedarf

6. Angaben der Personensorgeberechtigten

nur wenn zutreffend ankreuzen:	☐ Ich bin alleinerziehend	
Name		
Vorname		
Wohnanschrift		
Telefonnummer		
E-Mail		

_____ _____
Datum, Unterschrift Mutter / PSB I Datum, Unterschrift Vater / PSB II

Anlage
Antrag auf Prüfung und Feststellung des „bedingten“ Rechtsanspruches auf Kindertagesbetreuung

Nachweis über eine Berufstätigkeit / Bildungsmaßnahme *(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*

Hiermit wird bescheinigt, dass

Name, Vorname
Anschrift

bei _____
Namen und Anschrift oder Stempel des Arbeitgebers/ Bildungs- / Maßnahmeträgers

_____

☐ beschäftigt ist
☐ aus-/fort- oder weitergebildet wird
☐ an einer Maßnahme der Arbeitsförderung teilnimmt
☐ selbstständig tätig ist

Das Beschäftigungsverhältnis ist ☐ unbefristet
☐ befristet bis _____

Oben genannte Person hat folgende Arbeitszeiten:

☐ täglich _____ Stunden (Montag - Freitag)
☐ wöchentlich _____ Stunden
☐ veränderlich (bei Schicht-/Wechselarbeitszeit), wie folgt:

_____

_____

Die Fahrzeit zum Arbeits-/ Bildungsort und zurück beträgt täglich: _____ Minuten/ Stunden

_____ _____
Datum Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/Aus-/Fortbildungseinrichtung