

Landkreis Ostprignitz-Ruppin
 Amt für Familien und Soziales-SG KITA
 Virchowstr. 14-16
 16816 Neuruppin

Eingangsvermerk (Stadt/ Gemeinde/Amt/Landkreis)

Antrag zur Rechtsanspruchsprüfung der Betreuungszeit in einer Kita/Tagespflege/Spielkreis

Rechtsgrundlage: § 62 Abs. 1 SGB VIII i.V.m. § 1 Kita-Gesetz i. d. Fassung vom 18.06.2018

zu betreuendes Kind	Datum Eingewöhnung (10 Tage): ab: bis:	Datum Beginn der Betreuung:
Name	Vorname	Geburtsdatum
.....

Betreuungsform (bitte ankreuzen)		
Kindertagesstätte (Krippe, Kindergarten, Hort)	Tagespflege Name der Tages- pflegeperson:	Spielkreis:

Angaben zum gewünschten Betreuungsumfang Tag/Woche

Altersstufen	Benötigte Betreuungszeit	
	Stunden täglich	oder Stunden wöchentlich
Krippe Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr		
Krippe/Kiga Kinder vom vollendeten ersten Lebensjahr bis zur Einschulung		
Hort Kinder von der Einschulung bis zum Abschluss der vierten Klasse		
Hort - Kinder der 5. und 6. Klasse		

Angaben zur Erwerbstätigkeit bitte auf der **Rückseite** vom Arbeitgeber bestätigen lassen. (Nicht für Spielkreis)
 Bei selbstständiger Tätigkeit Gewerbeanmeldung bzw. sonstige Nachweise in Kopie einreichen

Sonstige Gründe für die Betreuung Ihres Kindes/Ihrer Kinder über den Rechtsanspruch hinaus:

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass zum Zweck der Bedarfsplanung der Statistik die personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes vom Landkreis Ostprignitz-Ruppin, Amt für Familien und Soziales, als Träger der Kindertageseinrichtung erfasst werden.

..... Name, Vorname und Anschrift des/der Antragstellers/-in (bitte in Druckschrift)
--

Für Rückfragen bitte Telefonnummer angeben

..... Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/-in
--

bitte wenden!

* Anträge nehmen entgegen Städte/Gemeinden/Ämter / Landkreis OPR / Bürgerberatungen der Städte

Angaben zur Erwerbstätigkeit

Vater/Pflegevater Name: Vorname: geb. am:.....

Str., Haus-Nr.: PLZ, Wohnort:.....

Erwerbstätigkeit

tätlich in der Zeit von - bis	Beschäftigungsort	Arbeitgeber (Anschrift)	Telefon

Arbeitsverhältnis ab: Arbeitsstunden: täglich/wöchentlich

Arbeitsverhältnis befristet: von bis

Beginn Tätigkeit nach Ende der Elternzeit (nur wenn zutreffend):.....

Aus- oder Fortbildung

tätlich in der Zeit von - bis	Dauer und Ort der Ausbildung	Bildungseinrichtung	Telefon

Dauer der Aus- oder Fortbildung: von bis

Angaben zu den Fahrzeiten: _____

Bestätigung Arbeitgeber/Bildungseinrichtung
Datum, Stempel und Unterschrift

Mutter/Pflegemutter Name: Vorname: geb. am:.....

Str., Haus-Nr.: PLZ, Wohnort:.....

Erwerbstätigkeit

tätlich in der Zeit von - bis	Beschäftigungsort	Arbeitgeber (Anschrift)	Telefon

Arbeitsverhältnis ab: Arbeitsstunden: täglich/wöchentlich

Arbeitsverhältnis befristet: von bis

Beginn Tätigkeit nach Ende der Elternzeit:.....

Aus- oder Fortbildung

tätlich in der Zeit von - bis	Dauer und Ort der Ausbildung	Bildungseinrichtung	Telefon

Dauer der Aus- oder Fortbildung: von bis

Angaben zu den Fahrzeiten: _____

Bestätigung Arbeitgeber/Bildungseinrichtung
Datum, Stempel und Unterschrift