

Landkreis Ostprignitz-Ruppin  
 Amt für Familien und Jugend  
 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 Brandenburg i. d. Fassung vom 16.12.2022

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

<b>Betreuungsform (bitte ankreuzen)</b>	
<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte (Krippe, Kindergarten, Hort)	<input type="checkbox"/> Tagespflege
Name der Einrichtung: .....	Name der Tages- pflegeperson: .....

### Angaben zum gewünschten Betreuungsumfang Tag/ Woche

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

Angaben zur Erwerbstätigkeit bitte auf der <b>Rückseite</b> 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/unsere Kindes vom Landkreis Ostprignitz-Ruppin, Amt für Familien und Soziales, als Träger der Kindertageseinrichtung auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 der DSGVO i. V. m. § 62 Abs. 1 SGB VIII i. V. m. § 1 KitaG erfasst und verarbeitet werden.

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

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**

täglich 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**

täglich 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**

täglich 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**

täglich 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

