

Antrag auf Vermittlung einer Tagespflegeperson und Festsetzung einer Kostenbeteiligung nach § 23 Abs. 1 SGB VIII i.V.m § 90 SGB VIII



1. Antragsstellung

Erstantrag Folgeantrag

Antragsteller/in(Sorgeberechtigte/r)		2. Sorgeberechtigte/r				
Name:						
Vorname:						
Geburtsdatum:						
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):						
Telefonnummer:						
Handynummer:						
E-Mail-Adresse:						
Familienstand:						
Staatsangehörigkeit:						
Ausländerrechtlicher Status:						
z.Zt. ausgeübter Beruf:						
Kind, für welches der Antrag auf laufende Förderleistung gestellt wird:						
Name	Vorname	männl. <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum			
		weibl. <input type="checkbox"/>	Sorgeberechtigt			
		div. <input type="checkbox"/>				
Das Originalattest zur Masernschutzimpfung nach den Vorgaben der STIKo ist angefügt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
2. Tagespflege						
Angaben zur Tagespflege:						
Beginn der Eingewöhnungszeit/ Datum						
erster regulärer Tag der nach der Eingewöhnungszeit?						
Ich/wir benötige/n folgende Betreuungszeiten:						
Wochentag	Vormittag	von.....Uhr	bis.....Uhr	Nachmittag	von.....Uhr	bis.....Uhr
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						
Sind regelmäßige Übernachtungen vorgesehen?					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wie viele pro Monat sind geplant?						
Wo wird das Kind betreut?		bei der Tagespflegeperson <input type="checkbox"/> mit Mittagsverpflegung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
im Elternhaus		<input type="checkbox"/>				

Weitere Einrichtungen die Ihr Kind besucht:						
In welchem Zeitraum ist Ihr Kind im Kindergarten oder in der Schule?						
Wochentag	von.....Uhr	bis.....Uhr	von.....Uhr	bis.....Uhr		
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Name und Anschrift der Einrichtung:						
Vormittag						
Nachmittag						
ganzer Tag						
Enthält das Kind Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung?						
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Weitere Kinder außerhalb des Haushalts, für die durch die Sorgeberechtigten oder einen Sorgeberechtigten Unterhalt gezahlt wird.						
Name	Vorname		Geburtsdatum	Sorgeberechtigter		
Haushaltsangehörige (z.B. weitere Kinder)						
Name	Vorname		Geburtsdatum		Beruf	
Name des unterhaltspflichtigen Elternteils						
Name		Vorname		Geburtsdatum		
Grund für die Antragstellung (nur bei Kindern unter 12 Monaten auszufüllen)						
Ich/wir benötigen Tagespflege für unser/e Kind/er wegen:						
	Antragsteller/in			2. Sorgeberechtigte/r im Haushalt		
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Studium	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Umschulung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sprachkurs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Gründe:						
Wenn die Tagespflege für ein Kind unter einem Jahr beantragt wird, fügen Sie bitte Nachweise über Ihre Arbeitszeiten bei. Das Formular hierzu erhalten Sie bei der Fachberatung Kindertagespflege des Kreisiugendamtes!						

3. Einkommensverhältnisse

Erklärung zu den wirtschaftlichen Verhältnissen:				
Sämtliche monatliche Einkünfte sind durch die Vorlage von Nachweisen bzw. Bewilligungs- und/oder Ablehnungsbescheiden zu belegen	Zutreffend bei Kindsmutter	Wenn zutreffend, Beträge in Euro der Kindsmutter	Zutreffend bei Kindsvater	Wenn zutreffend, Beträge in Euro des Kindsvaters
Berufs-/Erwerbstätigkeit (nichtselbstständige Arbeit) Netto- Verdienstbescheinigung der letzten 12 Monate , mit Angabe der jährlichen Sonderzahlungen auch bei geringfügiger Beschäftigung auf 400,00 €-Basis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Selbstständige Arbeit, Gewerbebetrieb, Land und Forstwirtschaft (Letzter Einkommenssteuerbescheid, Gewinn- und Verlustrechnung des Steuerberaters, ggfs. Bescheid über ergänzende Leistungen der Agentur für Arbeit bei Aufnahme einer Selbständigkeit) (Überbrückungsgeld)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinserträge, Sparguthaben, Wertpapier usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung (Miet- bzw. Pachtverträge)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einkünfte aus Renten (z. B. Witwenrenten, Waisenrenten, Erwerbsminderungsrente, Unfallrente, Landw. Altersruhegeld, Erwerbsminderungsrente, Altersrente, Rente wegen Arbeitslosigkeit, Betriebsrente und sonstige Renten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einkünfte aus Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Elterngeld (Bescheid der Elterngeldstelle)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	
Einkünfte aus laufendem Bezug von Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II bzw. Sozialhilfe nach SGB XII bzw. Einkünfte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einkünfte aus Unterhaltsleistungen (durch wen beziehen Sie Unterhaltsleistungen und in welcher Höhe?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Einkünfte aus laufendem Kindergeldbezug (Kindergeldbescheid und/oder Kontoauszüge der letzten drei Monate)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kinderzuschlag (Bescheid über den Kinderzuschlag)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
BAföG (Bescheid der BAföG-Stelle)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wohngeld (Bescheid der Wohngeldstelle)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leistungen der Krankenversicherung (Krankengeld, Mutterschaftsgeld)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Leistung der Pflegeversicherung (Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
sonstige Einkünfte (z. B. Unterstützungsleistungen durch nahe Angehörige, Erklärungen abgeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Art der Einkünfte angeben:

Hinweis: Wenn das monatliche Familien-Nettoeinkommen über 3930,00 € liegt, kann auf das Einreichen der Gehaltsnachweise verzichtet werden.

Ich verzichte auf die Offenlegung meines Einkommens!

ja
 nein

ja
 nein

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich befreie die mich beratenden Mitarbeiter/-innen für diesen Zweck von der Schweigepflicht. Mir ist bekannt, dass ich in meiner Entscheidung frei bin, diese Schweigepflichtsentbindung abzugeben. Mir ist ferner bekannt, dass ich diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Schweigepflichtsentbindung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Schweigepflichtsentbindung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich bin darüber informiert worden, dass ich ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz) innehabe.

Datenschutzrechtliche Hinweise

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter: [https://www.kreis-bad-duerkheim.de/kv_bad_duerkheim/Aktuelles/Datenschutz/Informationspflicht nach Art. 13 DSGVO](https://www.kreis-bad-duerkheim.de/kv_bad_duerkheim/Aktuelles/Datenschutz/Informationspflicht%20nach%20Art.%2013%20DSGVO)

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Hinweise:

Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn zu allen Angaben die entsprechenden Nachweise beigefügt sind. Die Übernahme der Kosten erfolgt frühestens ab dem Monat, in dem der Antrag bei der Kreisverwaltung Bad Dürkheim eingeht und wird für maximal ein Jahr gewährt.

4. Jugendamt (vom Jugendamt auszufüllen)

Die Voraussetzungen des § 23 Abs. 3 SGB VIII

liegen vor

liegen nicht vor

Laufende Geldl. I

Laufende Geldl. II

HZE

Vermerke:

Der Antrag wird bewilligt

ab dem:

bis einschließlich:

Datum

Unterschrift

Kreisjugend- und Sozialamt**Kindertagespflege****Philipp-Fauth-Str. 11****67098 Bad Dürkheim****Kontaktdaten:****Fachberatung:**

Bad Dürkheim, Lambrecht, VG Lambrecht, VG Freinsheim

Petra Schneider-Schwarte

Raum: B 108

Telefon: 06322/961-4604

Fax: 06322/961-84604

E-Mail: petra.schneider@kreis-bad-duerkheim.de**Fachberatung:**

Haßloch

Viviane Hertel

Raum: B 108

Telefon: 06322/961-4633

Fax: 06322/961-84633

E-Mail: viviane.hertel@kreis-bad-duerkheim.de**Fachberatung:**

Grünstadt und Leiningerland

Teresa Eichberger

Raum: B 108

Telefon: 06322/961-4654

Fax: 06322/961-84654

E-Mail: teresa.eichberger@kreis-bad-duerkheim.de**wirtschaftliche Jugendhilfe:**

Berechnung der Kostenbeiträge und laufenden Geldleistung

Sabine Jandali

Raum: B 110

Telefon: 06322/961-4313

Fax: 06322/961-84313

E-Mail: sabine.jandali@kreis-bad-duerkheim.de

Kreisverwaltung Bad Dürkheim
Kreisjugendamt
Philipp-Fauth-Straße 11

67098 Bad Dürkheim



Wir haben uns für die Betreuung unseres Kindes für nachfolgende Tagespflegeperson entschieden und bitten um Beauftragung der Tagespflegeperson durch das Kreisjugendamt Bad Dürkheim

Kind Name:

Geb.-Datum:

Sorgeberechtigte/er Name:

Anschrift:

Straße:

Name und Anschrift der Tagespflegeperson:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

Datum und Unterschrift der Sorgeberechtigten

Bestätigung der Masernschutzimpfung für:

Vorname:

Geburtsdatum:

Name:

Wohnort:

„Hiermit bestätige ich die ordnungsgemäße Impfung gegen Masern nach den Empfehlungen der STIKO im Sinne des Masernschutzgesetzes § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz“.

- 1. Impfung für Kinder im zweiten Lebensjahr. (12-24 Mon.)
- 2. Impfung für Kinder ab dem zweiten Lebensjahr. (24 Mon. -)
- 3. Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, auf Grund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Ort/Datum	Unterschrift und Stempel des Hausarztes/Kinderarztes
-----------	--

Bitte beachten Sie:
Dieses Attest darf ausschließlich als Original dem Kreisjugendamt vorgelegt werden.
Die Sendung als Anhang einer E-Mail ist damit ausgeschlossen.
Alternativ können Sie das Impfbuch Ihres Kindes als Original im Kreisjugendamt vorlegen.