

Datum: _____

Bearbeiter: _____



Antrag auf Kostenübernahme – für die Betreuung in einer Kindertagesstätte außerhalb der Wohnortgemeinde, aber innerhalb des Landkreises Oberhavel

Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen.

1 Angaben zum Kind

Vorname	Name
_____	_____
Geburtsdatum	

Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort
_____	_____

2 Angaben zum Elternteil/Personensorgeberechtigten a)

Anrede: Herr Frau

Vorname	Name
_____	_____
Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort
_____	_____
Telefon	E-Mail
_____	_____

berufstätig: ja nein

3 Angaben zum Elternteil/Personensorgeberechtigten b)

Anrede: Herr Frau

Vorname	Name
_____	_____
Straße und Hausnummer	PLZ und Wohnort
_____	_____
Telefon	E-Mail
_____	_____

berufstätig: ja nein

4 Angaben zur aufnehmenden Gemeinde/benötigtem Betreuungsbedarf

aufnehmende Gemeinde/Amt:

Kostenübernahme benötigt ab:

Kita/Hort:

benötigte Betreuungszeit:

Klasse:

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag eine Bestätigung des Arbeitgebers/Aus-/Weiterbildungsträgers mit bei, wenn

- Ihr Kind das 1. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- Ihr Kind die 5. oder 6. Klasse besucht,
- ein Kita-Platz über 6 Stunden (Rechtsanspruch Kindergarten) bzw. 4 Stunden (Rechtsanspruch Hort) benötigt wird
- oder wenn Wochenstunden auf Grund von wechselnden täglichen Arbeitszeiten benötigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils/Personenberechtigten a)

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils/Personenberechtigten b)
