Landkreis Harz Jugendamt Friedrich-Ebert-Str. 42 38820 Halberstadt

Ansprechpartner/in:

Frau Klassen (Tel.:03941/5970-5939) e-mail: karola.klassen@kreis-hz.de Fax: 03941/ 5970 132273

Antrag auf Zustimmung zur Betreuung eines Kindes außerhalb seines gewöhnlichen Aufenthaltes gem. § 5 Achtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) i. V. m. § 3b KiFöG LSA

| Name: Geburtsdatum: Hauptwohnsitz (PLZ, Straße, Hausnummer): Name des Sorgeberechtigten und Telefon-Nr.: 2. Einrichtung, in der das Kind untergebracht werd Name der gewünschten Kindertageseinrichtung: | den soll: | |
|--|--|---|
| Hauptwohnsitz (PLZ, Straße, Hausnummer): Name des Sorgeberechtigten und Telefon-Nr.: 2. Einrichtung, in der das Kind untergebracht werd Name der gewünschten Kindertageseinrichtung: | den soll: | |
| (PLŻ, Straße, Hausnummer): Name des Sorgeberechtigten und Telefon-Nr.: 2. Einrichtung, in der das Kind untergebracht werd Name der gewünschten Kindertageseinrichtung: | den soll: | |
| Name des Sorgeberechtigten und Telefon-Nr.: 2. Einrichtung, in der das Kind untergebracht werd Name der gewünschten Kindertageseinrichtung: | den soll: | |
| und Telefon-Nr.: 2. Einrichtung, in der das Kind untergebracht werd Name der gewünschten Kindertageseinrichtung: | den soll: | |
| Einrichtung, in der das Kind untergebracht werd Name der gewünschten Kindertageseinrichtung: | den soll: | |
| Name der gewünschten Kin- dertageseinrichtung: | den soll: | |
| dertageseinrichtung: | | |
| | | |
| | | |
| Anschrift: | | |
| Ansprechpartner | | Adapta Adapta Angelia |
| /Telefonnummer: | | |
| | <u> </u> | |
| 3. Gewünschte Betreuung (Bitte vollständige Anga | | 1-h- P-4 |
| Detroit of the section of the sectio | | iche Betreuungszeit (Stun- |
| Betreuungsart (bitte ankreuzen): | den/Woche): | |
| ☐ Krippe ☐ Kindergarten ☐ Hort Betreuung gewünscht ab (Datum): | Detroiting offered dish | Lie (Detue) |
| betredding gewunscht ab (Datum). | Betreuung erforderlich | bis (Datum): |
| Der sich aus dem Betreuungsverhältnis | | |
| ergebene Kostenbeitrag/ Eltern- | ☐ Sorgeberechtigten | ☐ Jugendamt (Antrag auf |
| beitrag nach § 13 Abs. 1 KiFöG wird gezahlt durch | | Gebührenbefreiung) |
| Begründung zum Antrag | | |
| <u>Dograndung zum Famag</u> | | |
| | | |
| | | |
| | A | |
| Erklärungen der Antragstellerin / des Antragsteller | ··· | |
| Ich versichere / wir versichern, dass die vorstehenden Ange | aben richtig und vollständig si | ind. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir |
| gemäß § 60 SGB I Änderungen in meinen/unseren Verhältn | nissen (insbesondere bei Woh | nsitz- und /oder Einrichtungswechsel |
| bzw. Kündigung des Betreuungsverhältnisses), unverzüglich | mitzuteilen haben. Bei Änder | ungen ist erneut ein Antrag auf Fest- |
| stellung des Rechtsanspruches auf Tagesbetreuung zu stelle | n. | |
| Hinweis: Gem & 3 h KiEäG haben die Antropoteller des Poeht im Po | hmon fraiar Kanazitätan zula. | bon uaraahiadanan Tagaaaindahtun |
| Gem. § 3 b KiFöG haben die Antragsteller das Recht, im Ra gen am Ort ihres gewöhnlichen Aufenthaltes oder an einem | i anderen Ort zu wählen. In de | men verschiedenen Tageseinnichtun- er Regel wird der Wahl entenrochen |
| wenn der Wohnsitzgemeinde dadurch keine unverhältnisma | äßigen Mehrkosten entstehen | Bei der Ermittlung der Mehrkosten |
| dürfen auf freie Platzkapazitäten im örtlichen Zuständigkeits | sbereich der Leistungsverpflic | hteten entfallende Personalkosten in |
| der Regel nicht berücksichtigt werden, wenn der Leistungsv | erpflichtete die Ausübung des | s Wahlrechtes unter Angabe der ge- |
| | iahme des Kindes in die Tage: | seinrichtung mitgeteilt wurde. |
| wünschten Tageseinrichtung mindestens 6 Monate vor Aufr | | |
| | ichtigkeit Ihrer Angaben. | |
| wünschten Tageseinrichtung mindestens 6 Monate vor Aufr Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und R | 0 0 | fan gufnehmanden Träger der öf |
| wünschten Tageseinrichtung mindestens 6 Monate vor Aufr Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und R Einwilligungserklärung: Mit meiner Unterschrift stimme ich/ | /wir der Datenübermittlung an d | |
| wünschten Tageseinrichtung mindestens 6 Monate vor Aufr Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und R | /wir der Datenübermittlung an d Gemeinde, sowie an den Träg | |
| wünschten Tageseinrichtung mindestens 6 Monate vor Aufr Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und R Einwilligungserklärung: Mit meiner Unterschrift stimme ich/ fentlichen Jugendhilfe, an die abgebende und aufnehmende | /wir der Datenübermittlung an d Gemeinde, sowie an den Träg | |

Bitte vor Abgabe dieses Antrages folgende Stellungnahmen einholen!

| 4. Erklärung des E | inrichtungsträgers: |
|----------------------------------|--|
| Ein freier Platz in de | er gewünschten Einrichtungist ab |
| | Datum) mit dem Betreuungsumfang(Stunden) |
| ☐ vorhanden | ☐ nicht vorhanden. |
| Die Bruttoplatzkoste | en* betragen monatlichEUR |
| Ort, Datum | Stempel / Unterschrift Einrichtungsträger |
| *brutto= Gesamtplatzl | kosten (incl. Pauschale abzüglich Kostenbeiträge) |
| Bitte Kopie des Antra | ages mit Ihrer Erklärung an das Jugendamt Landkreis Harz senden! |
| Der Antrag ist wei | terzuleiten an: |
| 5. Erklärung der a | ufnehmenden Gemeinde: |
| Der Kostenbeitrag f erstellt. | ür o. g. Betreuung beträgt €. Hierzu wird ein gesonderter Bescheid |
| Die durchschnittlich | en monatlichen Bruttogesamtplatzkosten* betragen EUR. |
| Hinweise: | |
| | |
| | |
| Ort, Datum | Stempel / Unterschrift der aufnehmenden Gemeinde |
| | costen (incl. Pauschale abzüglich Kostenbeiträge) |
| Didao Gosampia. | iotion (iio. 1 adounde dezagnen recensoriage) |
| 6. Kenntnisnahme | durch die Wohnsitzgemeinde: |
| Die Ausübung des \ | Wunsch- und Wahlrechts für o.g. Kind wurde zur Kenntnis genommen. |
| Hiermit wird bestätig | gt, dass der verbleibende Finanzbedarf nach § 12b KiFöG übernommen wird. |
| Hinweise: | |
| | |
| | |
| Ort. Datum | Stempel / Unterschrift der Wohnsitzgemeinde |

Bitte leiten Sie den Antrag umgehend an den Landkreis Ihres Wohnsitzes weiter.