



Jugendamt/Kindertagesförderung 51.2

Postanschrift: PF 110264, 17042 Neubrandenburg

## Antrag auf einen bedarfsgerechten Betreuungsplatz in einer Kindertageseinrichtung hier: Krippe und Kindergarten

gemäß §§ 6 und 7 KiföG M-V vom 4. September 2019 in der jeweils gültigen Fassung i. V. m. der Richtlinie zur Ausgestaltung der Kindertagesförderung von Kindern in Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte.

Erstantrag

Folgeantrag

### Hiermit beantrage ich/beantragen wir als Personensorgeberechtigte/r

Name, Vorname:	_____
PLZ, Ort:	_____
Straße:	_____
Staatsangehörigkeit:	_____
Telefon/E-Mail:	_____

alleinerziehend:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
alleiniges Sorgerecht:	ja <input type="checkbox"/> <b>Bitte Nachweis erbringen!</b>	nein <input type="checkbox"/>
paritätisches Wechselmodell:	ja <input type="checkbox"/> <b>Bitte Nachweis erbringen!</b>	nein <input type="checkbox"/>
Pflegekind:	ja <input type="checkbox"/> <b>Bitte Nachweis erbringen!</b>	nein <input type="checkbox"/>
Asylbewerber:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

### für folgendes Kind

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift gewöhnlicher Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

einen Betreuungsplatz mit Wirkung vom \_\_\_\_\_ mit einem Förderumfang von \_\_\_\_\_  
bitte Datum eintragen!

	Krippe	Kindergarten
Ganztagsplatz	<input type="checkbox"/> bis 50 h/wöchentlich	<input type="checkbox"/> bis 50 h/wöchentlich
Teilzeitplatz	<input type="checkbox"/> bis 30 h/wöchentlich*	<input type="checkbox"/> bis 30 h/wöchentlich*
Halbtagsplatz	<input type="checkbox"/> bis 20 h/wöchentlich**	<input type="checkbox"/> bis 20 h/wöchentlich**

\* Ab Vollendung des 1. Lebensjahres besteht ein Rechtsanspruch auf eine Betreuung in öffentlich geförderten Kindertageseinrichtungen von 30 Stunden in der Woche (Teilzeitförderung).

\*\* Auf Wunsch der Eltern, kann die Förderung auch in einem Umfang von 20 Wochenstunden in Anspruch genommen werden.

Angaben zu weiteren im Haushalt lebenden Kindern, die in einer Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle betreut werden:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Besuchte Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle

gewünschte Kindertageseinrichtung \_\_\_\_\_

**Bestätigung der Kindertageseinrichtung:**

Die Betreuung ist möglich  nicht möglich

Die erteilte Kapazität laut gültiger Erlaubnis für den Betrieb einer Kindertageseinrichtung wird nicht überschritten.

**Eingewöhnung**

Vor der erstmaligen Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung wird für den Zeitraum von bis zu zwei (2) Wochen eine stundenweise Eingewöhnungszeit gewährt.

Die Eingewöhnung wird wie folgt gewährleistet:  
Eingewöhnungszeitraum von – bis

.....  
Ort und Datum

.....  
Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift der Einrichtung

**Datenschutzrechtlicher Hinweis:**

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt durch den Landkreis Mecklenburgische Seenplatte (gemäß §§ 67 und 69 SGB X). Sie haben das Recht auf Auskunft zu den gespeicherten Daten und einen Anspruch auf Berichtigung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Hinweise zur DSGVO zur Kenntnis genommen zu haben. Sie können diese auf dem Internetauftritt des Landkreises <https://www.lk-mecklenburgische-seenplatte.de/> unter dem Pfad >Unser-Landkreis>Landratsamt>Fachämter>Jugendamt>KiföG>Gesetzliche\_Grundlagen einsehen und herunterladen.

**Erklärung der/des Antragstellerin/Antragstellers**

**Hiermit bestätige ich/bestätigen wir, dass die Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Eintretende Veränderungen hinsichtlich der Angaben sind dem Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte umgehend mitzuteilen.**

**Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir bei falschen Angaben rückwirkend zur vollen Kostenerstattung des beanspruchten Hortplatzes herangezogen werde/n.**

**Eine Übermittlung der Angaben aus dem Antrag erfolgt nur an die Stellen, die sie zur Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben benötigen. Ich bin/Wir sind mit der Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten einverstanden.**

**Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die notwendigen Daten meines/unseres Kindes und der Bewilligungsbescheid über die bedarfsgerechte Inanspruchnahme eines Betreuungsplatzes an die zuständige Wohnsitzgemeinde und den Träger der Kindertageseinrichtung weitergeleitet werden.**

**Mir/Uns ist bekannt, dass der Antrag erst dann abschließend bearbeitet werden kann, wenn alle notwendigen Unterlagen beigebracht sind.**

**Diesem Antrag sind die Anlagen vollständig ausgefüllt beizulegen.**

**Die Unterschrift gilt für den Antrag sowie für die vorstehende Erklärung.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift der Personensorgeberechtigten

**Nachweis zur Vorlage beim Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte**

Name, Vorname Personensorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_

**1. Meine wöchentliche Arbeitszeit beträgt:** \_\_\_\_\_ Stunden

Beginn der Arbeitsaufnahme/das Arbeitsverhältnis besteht seit: (Bitte genaues Datum angeben.) \_\_\_\_\_

Beginn der Arbeitsaufnahme nach der Elternzeit: (Bitte genaues Datum angeben.) \_\_\_\_\_

Befristung des Arbeitsverhältnisses:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Bitte genaues Datum angeben.

Arbeitsort: \_\_\_\_\_

Bestätigung Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

**2. Ich befinde mich in einer Maßnahme:** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

der Bundesagentur für Arbeit

des Jobcenters

berufliche Weiterbildungsmaßnahme nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 81 ff. SGB III

Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III

Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (Reha) nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 112 ff. SGB III i.V.m. § 33 und §§ 44 ff. SGB IX

Bestätigung Jobcenter/Bundesagentur für Arbeit: \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

**3. Ich befinde mich in einer Fortbildung:** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bestätigung des Trägers der Fortbildung: \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

**4. Ich befinde mich in einer Ausbildung:** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bestätigung der Ausbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

**5. Ich bin selbstständig.**  ja

**6. Ich bin Schülerin/Schüler, Studentin/Student.**  ja  
Bitte Schulbescheinigung bzw. Studienbescheinigung einreichen.

**7. Ich befinde mich in der Elternzeit.**  ja  
Bitte Elterngeldbescheid einreichen.

**8. Sonstige Gründe.**  ja  
Bitte ärztliches Attest beibringen, bzw. sozialpädagogische Gründe erläutern.

Hiermit bestätige ich, dass die o. g. Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Eintretende Veränderungen hinsichtlich der o. g. Angaben sind dem Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, Sachgebiet Kindertagesförderung, umgehend mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass ich bei falschen Angaben rückwirkend zur Kostenerstattung des beanspruchten Betreuungsplatzes herangezogen werde.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigter

**Nachweis zur Vorlage beim Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte**

Name, Vorname Personensorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_

**1. Meine wöchentliche Arbeitszeit beträgt:** \_\_\_\_\_ Stunden

Beginn der Arbeitsaufnahme/das Arbeitsverhältnis besteht seit: (Bitte genaues Datum angeben.) \_\_\_\_\_

Beginn der Arbeitsaufnahme nach der Elternzeit: (Bitte genaues Datum angeben.) \_\_\_\_\_

Befristung des Arbeitsverhältnisses:  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Bitte genaues Datum angeben.

Arbeitsort: \_\_\_\_\_

Bestätigung Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

**2. Ich befinde mich in einer Maßnahme:** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

der Bundesagentur für Arbeit

des Jobcenters

berufliche Weiterbildungsmaßnahme nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 81 ff. SGB III

Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III

Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben (Reha) nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §§ 112 ff. SGB III i.V.m. § 33 und §§ 44 ff. SGB IX

Bestätigung Jobcenter/Bundesagentur für Arbeit: \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

**3. Ich befinde mich in einer Fortbildung:** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bestätigung des Trägers der Fortbildung: \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

**4. Ich befinde mich in einer Ausbildung:** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Bestätigung der Ausbildungseinrichtung: \_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift

**5. Ich bin selbstständig.**  ja

**6. Ich bin Schülerin/Schüler, Studentin/Student.**  ja  
Bitte Schulbescheinigung bzw. Studienbescheinigung einreichen.

**7. Ich befinde mich in der Elternzeit.**  ja  
Bitte Elterngeldbescheid einreichen.

**8. Sonstige Gründe.**  ja  
Bitte ärztliches Attest beibringen, bzw. sozialpädagogische Gründe erläutern.

Hiermit bestätige ich, dass die o. g. Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind. Eintretende Veränderungen hinsichtlich der o. g. Angaben sind dem Jugendamt des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, Sachgebiet Kindertagesförderung, umgehend mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass ich bei falschen Angaben rückwirkend zur Kostenerstattung des beanspruchten Betreuungsplatzes herangezogen werde.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigter

