

Landkreis Ostprignitz-Ruppin
 Amt für Familien und Soziales
 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 i. d. Fassung vom 01.04.2019

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

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

Angaben zum gewünschten Betreuungsumfang Tag/ Woche

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

Angaben zur Erwerbstätigkeit bitte auf der **Rückseite** 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/unseres 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.

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

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 Arbeitsätigkeit 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