

Antragsteller/in

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Telefon / Handy / E-Mail

Zurücksenden an (Postanschrift)

Landkreis Potsdam-Mittelmark
Finanzhilfen für Familien
Niemöllerstr.1
14806 Bad Belzig

Besucheranschrift

Telefon: 03327/739 -.0
Am Gutshof 1-7
14542 Werder

ANTRAG

auf Übernahme des Elternbeitrages gem. § 90 Abs. 4 SGB VIII i. V. m. KitaBBV
Brandenburg

Hiermit beantrage ich die Übernahme des Elternbeitrages für die Kindertageseinrichtung
meines Kindes/ meiner Kinder ab ____ . ____ . ____ (Datum).

Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Kindertageseinrichtung
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Bei weiteren Kindern bitte ein Zusatzblatt verwenden

WICHTIG!

Die Elternbeitragsfreiheit ist vom Träger der Kindertageseinrichtung zu prüfen. Wenn die Voraussetzungen zu den Stichtagen 01. März, 01. Juni, 01. September und 01. Dezember jeden Jahres erst nachträglich vorliegen oder der Elternbeitrag auf andere Weise unzumutbar ist, kann dieser Antrag gestellt werden!

Folgende Unterlagen sind bei Erstattung der Elternbeiträge einzureichen:

- Kontoauszug oder Barzahlungsqittung der bereits geleisteten Elternbeiträge an den Träger der Kindertageseinrichtung
- Aktueller Elternbeitragsbescheid des Trägers der Kindertageseinrichtung
- Kopie des Personalausweises/Pass
- Bankverbindung von Ihnen (Kontoinhaber, IBAN, BIC)

1. Leistungsbezug:

Ich / Wir beziehe/n folgende Leistungen und reichen den jeweiligen Bescheid mit ein:

- Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (**Arbeitslosengeld II**) → weiter mit **Punkt 3** dieses Antrags
- Leistungen nach dem dritten und vierten Kapitel des SGB XII (**Sozialhilfe**) → weiter mit **Punkt 3**
- Leistungen nach dem **Asylbewerberleistungsgesetz** → weiter mit **Punkt 3**
- einen **Kinderzuschlag zum Kindergeld** → weiter mit **Punkt 3**
- Wohngeld** nach dem Wohngeldgesetz → weiter mit **Punkt 3**

2. Jahresverdienst über 20.000 €:

- Ich/ Wir beziehe/n keine der zuvor genannten Leistungen. Mein/unser Haushaltseinkommen liegt jedoch über 20.000 € (netto)

Name und Vorname des Kindes	Geb. - Datum	Kindertageseinrichtung	
		Höhe des EB	Name und Anschrift der Einrichtung
1			
2			
3			

Zu meinem Haushalt gehören folgende weitere Personen:

Name und Vorname des/der Haushaltsangehörigen	Geb.- Datum	Gegenwärtige Tätigkeit	Eigene Einkünfte	
			Ja	nein

Einkommen [im Monat] Bitte Belege beifügen

	Mutter	Vater
Nettolohn/Gehalt		
Urlaubs/Weihnachtsgeld		
Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit		
Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (Arbeitslosengeld I)		
Renten		
Krankengeld		
Bafög		
Kindergeld/Kindergeldzuschuss		
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung		
Einkünfte aus Kapitalvermögen		
Unterhalt		
Unterhaltsvorschuss		
Leistungen nach SGB II (Arbeitslosengeld II)		
Sonstige Einnahmen (Art der Einnahmen bitte angeben)		
Ausbildungsförderung vom Arbeitsamt nach SGB III *)		

* unbedingt beantworten !!!

Mutter	Vater
--------	-------

Kosten, die mit der Erzielung des Einkommens verbunden sind

Arbeitsmittel		
Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte **)		
Beiträge zu Berufsverbänden		
Mehraufwand für doppelte Haushaltsführung		

**) Kosten für öffentliche Verkehrsmittel bzw. bei PKW-Benutzung Angabe der einfachen Entfernung (Hinfahrt) in km

Versicherungen

Hausratversicherung		
Privathaftpflichtversicherung		
Krankenversicherung		
„Riester“-Rente, Lebensversicherung		

Kosten der Unterkunft

Miete (ohne Heizung/Warmwasser/Garage)	
Hauslasten/Bewirtschaftungskosten	
Zinsen für Hauskredit	
Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss)	

Besondere Belastungen
(Schuldverpflichtungen,
Unterhaltszahlungen)

3. Wichtiger Hinweis:

Für die Bearbeitung Ihres Antrags müssen personenbezogene Daten erhoben und verarbeitet werden. Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 DSGVO i. V. m. § 35 Sozialgesetzbuch Erster Teil (SGB I), §§ 67 bis 85a Sozialgesetzbuch Zehnter Teil (SGB X) verarbeitet. Gegebenenfalls werden auch Rücksprachen mit dem jeweiligen Träger der Kindereinrichtung erfolgen und Daten weitergegeben.

4. Abschließende Erklärung:

Ich versichere, dass die Angaben richtig und vollständig sind und der Landkreis Potsdam - Mittelmark Rücksprachen, bezugnehmend auf diesen Antrag, mit dem Träger der Kindereinrichtung halten darf.

Ort, Datum

Unterschrift