

**Antrag auf Betreuung in einer Kindertagesstätte außerhalb des Landkreises Potsdam-Mittelmark und Rechtsanspruchsprüfung**

Dieser Bogen ist vor Betreuungsaufnahme in einer Kita außerhalb des Landkreises Potsdam-Mittelmark von den Eltern/Personensorgeberechtigten auszufüllen und in der Wohnortgemeinde einzureichen.

**1. Angaben des Kindes, von den Personensorgeberechtigten (Eltern) auszufüllen:**

Die Leistungsberechtigten haben gemäß § 5 Sozialgesetzbuch VIII (KJHG) das Recht, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger zu wählen, wenn es nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.

Für \_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ und falls abweichend Wohnanschrift der(s) gesetzlichen Vertreters  
Wohnanschrift des Kindes \_\_\_\_\_

Die Betreuung soll ab: \_\_\_\_\_ übernommen werden in der Kita: \_\_\_\_\_

Anschrift Kita: \_\_\_\_\_ in Landkreis/Stadt/Gemeinde: \_\_\_\_\_

Belehrung über Mitwirkungspflichten der gesetzlichen Vertreter des Kindes:

**Die Personensorgeberechtigten verpflichten sich, die Wohnortgemeinde unverzüglich über Veränderungen der Betreuungsdauer, des Beschäftigungsverhältnisses, zur Beendigung der Betreuung + Wohnungswechsel zu informieren .**

\_\_\_\_\_  
Namen, Vornamen der(s) gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_ Datum/ Unterschrift der(s) gesetzlichen Vertreters des Kindes \_\_\_\_\_

**2. Rechtsanspruchsprüfung durch die Wohnortgemeinde im Landkreis Potsdam-Mittelmark**

**2.a)** Für das o.g. Kind besteht ein Rechtsanspruch auf Förderung in einer Tageseinrichtung gemäß § 1 KitaG des Landes Brandenburg auf:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe bis 6 Stunden  | <input type="checkbox"/> Kindergarten bis 6 Stunden             |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe über 6 Stunden | <input type="checkbox"/> Kindergarten über 6 Stunden            |
| <input type="checkbox"/> Hort bis 4 Stunden          | <input type="checkbox"/> Hort über 4 Stunden                    |
| <input type="checkbox"/> IKTB                        | <input type="checkbox"/> anderes alternatives Betreuungsangebot |

(frühestes Datum ist Tag des Antragseinganges) **ab dem:** \_\_\_\_\_ **bis zum:** \_\_\_\_\_

**2.b)** Die Gemeinde/Stadt/das Amt \_\_\_\_\_ ist mit der Betreuung des Kindes in der oben genannten Einrichtung im vorstehenden Umfang einverstanden.

**Die Gemeinde leistet einen Kostenausgleich nach § 16 (5) Satz 1+2 KitaG Land Brandenburg an die aufnehmende Gemeinde bzw. an den Träger der öffentlichen Jugendhilfe, sofern die Ausgleichsansprüche innerhalb der Ausschlussfrist gemäß § 111 SGB X geltend gemacht werden.**

\_\_\_\_\_  
Datum//Unterschrift/Stempel der Wohnortgemeinde

- Kopie an den/die gesetzlichen Vertreter:  postalisch am: \_\_\_\_\_  persönlich am: \_\_\_\_\_
- Kopie an örtl. Träger der öffentlichen Jugendhilfe in dessen Zuständigkeitsbereich sich die aufnehmende Kita befindet:  
Landeshauptstadt Potsdam:  postalisch am: \_\_\_\_\_ Stadt Brandenburg:  postalisch am: \_\_\_\_\_  
an Landkreis \_\_\_\_\_  postalisch am: \_\_\_\_\_
- Kopie an die aufnehmende Gemeinde, sofern diese nicht auch Träger der öffentlichen Jugendhilfe ist  
\_\_\_\_\_:  postalisch am: \_\_\_\_\_
- Kopie an aufnehmende Kita lt. Antrag:  postalisch am: \_\_\_\_\_
- Kopie an Landkreis Potsdam-Mittelmark (zur Stichtagsabrechnung)