



Eingang:

## **ANTRAG AUF FÖRDERUNG IN KINDERTAGESPFLEGE**

gemäß §§ 23, 24 Sozialgesetzbuch VIII

**- Von den Personensorgeberechtigten vollständig auszufüllen -**

***Hinweise: Der Antrag muss spätestens zwei Wochen vor Betreuungsbeginn zur Bewilligung beim Landkreis Celle eingegangen sein.***

***Für die Erstberatung und Vermittlung einer Kindertagespflegeperson wenden Sie sich bitte an Ihr örtliches Familienbüro!***

**Erstantrag** Die Betreuung beginnt am (inkl. Eingewöhnungszeit): \_\_\_\_\_ (Datum)

**Folgeantrag** Beginn der weiteren Betreuung ab \_\_\_\_\_ (Datum)

### **Förderung in Kindertagespflege für folgendes Kind:**

(für weitere Kinder bitte jeweils einen neuen Antrag ausfüllen)

Name des Kindes	Vorname des Kindes	Geb.-datum	m/w	PLZ+ Wohnort	Str. + HausNr.

### **Persönliche Angaben der Antragsteller/in:**

	Antragsteller/in	Zweiter Personensorgeberechtigte
Name / Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Familienstand (z.B. verheiratet)		
Personensorge (Sorgerecht) -Bitte Zutreffendes ankreuzen-	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> kein Sorgerecht	<input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> kein Sorgerecht
PLZ + Wohnort		
Straße + Hausnummer		
Telefonnr. (Festnetz und Handy)		
E-Mail-Adresse		
z. Zt. ausgeübte Tätigkeit		
Arbeitgeber, Anschrift		

**Beratung/ Vermittlung fand durch das örtliche Familienbüro statt:**  ja  nein

**Datum:**

Anmerkungen des örtlichen Familienbüros:

**Folgende Unterlagen wurden vom örtlichen Familienbüro ausgehändigt und zur Kenntnis genommen:**

Infoblatt „Wissenswertes für Eltern über Kindertagespflege“  ja  nein

Infoblatt „Das Familienbüro informiert Eltern“  ja  nein

Satzung Kindertagespflege Landkreis Celle  ja  nein

Antrag auf Übernahme des Kostenbeitrages (§ 90 Sozialgesetzbuch VIII) - wird nachgereicht:  ja  nein

- ist angefügt:  ja  nein

nicht erforderlich

Vordruck „Abmeldung“  ja  nein

Vordruck „Ausbildungs-/Arbeitszeitbescheinigung“  ja  nein

#### Vertretung

Es besteht das Interesse an einer Ersatzbetreuung des Landkreis Celle (Notfallbetreuung nur im Krankheitsfall)  ja  nein

#### Angaben zum Betreuungsverhältnis:

Die Betreuung findet statt:  im Haushalt der Kindertagespflegeperson

im Haushalt der Eltern

in anderen geeigneten Räumlichkeiten:

Ein privatrechtlicher Betreuungsvertrag mit der Kindertagespflegeperson wurde/wird abgeschlossen:

ja  nein

Es werden folgende Zusatzleistungen an die Kindertagespflegeperson gezahlt:

Betrag in Euro:

**Anmerkung:**

**Sollte der wöchentliche Betreuungsumfang 20 Wochenstunden überschreiten, sind Arbeitszeitbescheinigungen der Arbeitgeber beider Elternteile mit dem Antrag auf Förderung in Kindertagespflege einzureichen** (Vordruck ist im örtlichen Familienbüro erhältlich, auf der Internetseite des Landkreises Celle abrufbar oder kann auf Nachfrage auch zugesandt werden).

**Notwendige, begründete Betreuungszeiten und Betreuungsumfang:**

	von	bis	Stunden	von	bis	Stunden	gesamt
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Samstag							
Sonntag							
Betreuungsumfang wöchentlich							

Die Eltern bzw. Elternteile erklären sich damit einverstanden, den sich ergebenden Kostenbeitrag auf Grundlage dieses Betreuungsumfanges zu zahlen. Vereinzelt auftretende geringfügige Abweichungen im Betreuungsumfang (Mehr- oder Minderstunden) werden – wie bei der Zahlung der lfd. Geldleistung an die Kindertagespflegeperson - wegen der Pauschale akzeptiert. Ein Anspruch auf Änderung des Kostenbeitrages ergibt sich insoweit hieraus nicht.

**Begründung des wöchentlichen Betreuungsumfanges, wenn dieser über die Arbeitszeiten inklusive Fahrtzeiten hinausgeht:**

---

---

---

---

**Die Betreuung ist erforderlich aufgrund:**

- Erwerbstätigkeit beider Elternteile
- Erwerbstätigkeit der Mutter / des Vaters (bei Alleinerziehenden)
- bevorstehende Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, ab \_\_\_\_\_
- Schul-/Hochschul-/Berufsausbildung
- berufliche Bildungsmaßnahme
- Maßnahme zur Eingliederung in Arbeit
- Integrations Sprachkurs
- arbeitssuchend gemeldet bei Agentur für Arbeit oder Jobcenter
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Geschwisterermäßigung:**

Folgende Geschwisterkinder werden derzeit kostenpflichtig in einer Kindertageseinrichtung, in einem Hort oder in Kindertagespflege betreut:

Name und Vorname	Geburtsdatum	Betreuung zurzeit durch: (Bitte Namen der Kita oder Tagespflegeperson angeben)	Betreuung bis zum (Monat, Jahr)

Bitte legen Sie für die Geschwisterkinder einen Nachweis des zu zahlenden Kostenbeitrags bei.

**Wichtig! Diese Angaben werden für das Landesamt für Statistik (LSKN) benötigt und werden anonymisiert weitergeleitet**

- In der Familie vorrangig gesprochene Sprache:  \_\_\_\_\_

- Ausländische Herkunft mind. eines Elternteiles:  ja  nein

- Erhalten Eltern SGB II Leistungen/ ALG II:  
**Bescheid beilegen!**  ja  nein

- Zuschuss aus Bundesmitteln (SGB II):  ja  nein

- Betreuung findet (auch) am Wochenende statt:  ja  nein

- Mittagsverpflegung während der Kindertagespflege:  ja  nein

Beitrag für die Mittagsverpflegung an die Kindertagespflegeperson: \_\_\_\_\_

- Verwandtschaftsverhältnis zur Kindertagespflegeperson:  
 nicht verwandt  Großeltern  andere Verwandte

- Gleichzeitig bestehende andere Betreuungsarrangements (nur **eine** Angabe möglich):

Das Kind besucht zusätzlich zu dieser Kindertagespflege:

- eine Einrichtung der Kindertagesbetreuung (z. B. Krippe, Kindergarten, Hort)
- ein weiteres Kindertagespflegeverhältnis
- eine Ganztagschule

**Antrag auf besonderen Betreuungsbedarf:**

Der besondere Betreuungsbedarf für das Kind wird hiermit beantragt:  ja  nein  
Bitte Nachweis in Form von Arztbericht oder Stellungnahme, z.B. vom Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), beifügen, aus der die Diagnose ersichtlich ist.

Körperliche Behinderung des Kindes:  ja  nein wenn ja, Eingliederungshilfe?  ja

Geistige Behinderung des Kindes:  ja  nein, wenn ja, Eingliederungshilfe?:  ja

Chronische oder psychische Erkrankung:  ja  nein, wenn ja, Eingliederungshilfe?:  ja  
(seelische Behinderung oder von einer solchen bedroht)

Sozialpädagogischer Förderbedarf des Kindes (z.B. bei Entwicklungsverzögerungen oder psychischer Erkrankung der Eltern):  ja  nein

Häusliche Frühförderung:  ja, seit \_\_\_\_\_  nein

wurde beantragt am \_\_\_\_\_

**Anmerkung:** Der besondere Betreuungsbedarf muss vom Landkreis Celle vom Gesundheitsamt bzw. vom Allgemeinen Sozialdienst, festgestellt werden.

**Landkreis Celle Jugendamt- Familienbüro  
Trift 26, 29221 Celle**

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass meine / unsere Angaben zum Zwecke der Bearbeitung des Antrags auf besonderen Betreuungsbedarfs innerhalb des Jugendamtes und an das Gesundheitsamt des Landkreises Celle übermittelt werden darf.

Die Verantwortung für die Auswahl der Kindertagespflegeperson liegt bei mir / uns. Ich / Wir habe(n) mich / uns mit der Kindertagespflegeperson und der Kindertagespflegestelle vertraut gemacht und ich / wir halte(n) die Kindertagespflegeperson für die Erziehung, Bildung und Betreuung meines / unseres Kindes für geeignet.

Der privatrechtliche Betreuungsvertrag wird zwischen den Personensorgeberechtigten und der Kindertagespflegeperson geschlossen. Dieser liegt der Kindertagespflege zugrunde. Daraus entstandene Forderungen habe ich / haben wir an die Kindertagespflegeperson zu richten.

Ich / Wir habe(n) mich / uns über die Regelungen der Satzung Kindertagespflege des Landkreises Celle informiert.

Ich / Wir verpflichte(n) mich / uns, Veränderungen mit Bezug zur oben genannten Kindertagespflege unverzüglich dem Familienbüro des Landkreises Celle zu melden.

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass meine / unsere Angaben zum Zwecke der Antragsbearbeitung und der statistischen Auswertung gespeichert werden. Zudem bin ich / sind wir damit einverstanden, dass meine / unsere Angaben innerhalb des Jugendamtes und an anderen Familienservicebüros / Jugendämter übermittelt werden, sofern dieses zum Zwecke der Förderung und Nutzung der Kindertagespflege erforderlich ist.

**Hiermit bestätige/n ich/wir die Richtigkeit meiner/ unserer Angaben.**

**Der Antrag ist von beiden Personensorgeberechtigten zu unterschreiben.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der/ des Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der/ des Personensorgeberechtigten

## ANTRAG ZUR AUSZAHLUNG DES TAGESPFLEGEGERELDES

*- Von der Kindertagespflegeperson auszufüllen -*

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

Identifikationsnummer nach § 139 b der Abgabenordnung: |\_|\_| | |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_| | |\_|\_|\_|

**Folgendes bitte nur ausfüllen, wenn nicht im Landkreis Celle tätig oder wenn sich die persönlichen Angaben geändert haben:**

PLZ + Wohnort	
Straße und Hausnummer	
Telefon	
E-Mailadresse	
Die Kindertagespflegeperson ist im Besitz einer Pflegeerlaubnis gemäß § 43 SGB VIII <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte ankreuzen)	
IBAN der Tagespflegeperson (oder Kontonummer)	BIC (oder BLZ)
Kreditinstitut	

**Ich erkläre mich mit dem auf Seite 3 dieses Antrages ermittelten Betreuungsumfang für das Kind \_\_\_\_\_ einverstanden.**

Vereinzelte auftretende, geringfügige Abweichungen im Betreuungsumfang (Mehr- oder Minderstunden) werden wegen der pauschalen Zahlweise akzeptiert.

Anmerkung:

Die laufende Geldleistung wird konstant auf Grundlage des ermittelten Betreuungsumfanges auch für Ausfallzeiten der Kindertagespflegeperson bis zu 30 Tagen im Kalenderjahr gewährt.

Die durch die / den Personenberechtigte(n) im Rahmen der Antragstellung gemachten – mich und die Kindertagespflege betreffenden – Angaben werden bestätigt.

Die Regelungen der Satzung Kindertagespflege des Landkreises Celle sind mir bekannt.

Ich bin bei den Personensorgeberechtigten abhängig beschäftigt („angestellt“).

Ich bin nicht bei den Personensorgeberechtigten, sondern anderweitig abhängig beschäftigt („angestellt“).

Der privatrechtliche Betreuungsvertrag wird zwischen den Personensorgeberechtigten und der Kindertagespflegeperson geschlossen. Dieser liegt der Kindertagespflege zugrunde. Daraus entstandene Forderungen habe ich an die / den Personensorgeberechtigte(n) zu richten.

Ich verpflichte mich, Veränderungen mit Bezug zur oben genannten Kindertagespflege unverzüglich dem Familienbüro des Landkreises Celle zu melden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine / unsere Angaben zum Zwecke der Antragsbearbeitung und der statistischen Auswertung gespeichert werden. Zudem bin ich damit einverstanden, dass meine Angaben innerhalb des Jugendamtes und an andere Familienservicebüros / Jugendämter übermittelt werden, sofern dieses zum Zwecke der Förderung und Nutzung der Kindertagespflege erforderlich ist.

**Hiermit beantrage ich die Gewährung der laufenden Geldleistung.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Tagespflegeperson

Antrag auf Förderung in Kindertagespflege

Stand Februar 2022 Seite 7 von 7