

Antrag auf Übernahme des Kostenbeitrages in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege (§ 90 Sozialgesetzbuch VIII)

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an. Die unten genannten Daten werden zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen benötigt. Die Angaben sind freiwillig. **Sollten Sie die Angaben sowie die entsprechenden Belege ganz oder teilweise verweigern, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden und wird abgelehnt.**

Bezeichnung der Einrichtung/ Tagespflegestelle/Hort					
Name, Vorname und Anschrift des Antragstellers					
berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein selbständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	alleinerziehend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefon (beruflich)	Telefon (privat)	Erstantrag <input type="checkbox"/>	Folgeantrag <input type="checkbox"/>

In meinem Haushalt leben außer mir folgende Personen:

Name	Vorname	Geburtsdatum	berufstätig
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Die Kinder besuchen folgende Einrichtung / Tagespflegestelle:

1.	<input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> 3/4 Betreuung <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Hort	Betreuungszeit
2.	<input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> 3/4 Betreuung <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Hort	Betreuungszeit
3.	<input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> 3/4 Betreuung <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Hort	Betreuungszeit

Wirtschaftliche Verhältnisse:

Ich/Wir beziehe/n **Sozialhilfe** bzw. **Leistungen nach dem SGB II von der Bundesagentur für Arbeit** und **erhalte Kinderbetreuungskosten** ja nein (bitte schriftlich nachweisen!)

Ich/Wir beziehe/n **Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.**

(Weitere Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen sind in diesen Fällen nicht notwendig.)

Bitte legen Sie den kompletten Bescheid der Bundesagentur für Arbeit, des Landkreises Celle vor!)

I. Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin sowie des/der (Ehe-)Partner(s)/in

	Antragsteller/in Betrag in Euro	(Ehe-)Partner/in Betrag in Euro
Nettoeinkommen (bitte die letzten 2-3 Abrechnungen einreichen)		
Urlaubsgeld		
Weihnachtsgeld		
Sonstige einmalige Einnahmen		
Wohngeld (bitte den Bescheid des Landkreises einreichen)		
Kindergeld/Kindergeldzuschlag (bitte den jeweiligen Bescheid einreichen)		
Elterngeld		
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss		
Renten		
Sonstige Einkünfte z.B. aus Vermietung, BaföG, BAB, ALG I		
Gewinn- und Verlustberechnung u./o. Einkommenssteuerbescheid Bei Selbständigkeit		

II. Laufende monatliche Ausgaben

1. Kosten der Unterkunft

Kaltmiete und Nebenkosten (ohne Strom und Heizung (bitte Mietvertrag einreichen)		
Eigenheim-Belastung (nur Zinsen) (bitte jährliche Zinsbelastung nachweisen)		
Gebäudeversicherung		
Straßenreinigungsgebühren		
Müllabfuhrgebühren		
Schornsteinfegergebühren		
Wasser/Abwasser		
Grundsteuer		

2. Sonstige Belastungen

Private Kranken- und Rentenversicherung		
Hausratversicherung		
Private Haftpflichtversicherung		
Altersvorsorgebeiträge (Riester oder Rürup)		
Gesetzliche KFZ-Haftpflichtversicherung, KFZ-Steuer-Bescheid und Anschrift des Arbeitgebers (zur Berechnung der KM-Pauschale)		
Unterhalt –tatsächlich gezahlt-		
Beitrag für Berufsverbände		
Sonstige Belastungen		

Es sind bitte jeweils entsprechende Nachweise beizufügen, ansonsten kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden!

Ich versichere/Wir versichern hiermit, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und fügen entsprechende Nachweise bei.

Datum, Unterschrift/en