



Kindertagespflege im Landkreis Potsdam Mittelmark

Antrag auf Prüfung des Rechtsanspruches auf Betreuung eines Kindes in einer Kindertagespflegestelle

1. Angaben zu Kind

(bitte ankreuzen)

Vorname:	männlich	<input type="checkbox"/>
Nachname:	weiblich	<input type="checkbox"/>
geboren am:	divers	<input type="checkbox"/>

2. Angaben zu den Eltern

	Elternteil 1:	Elternteil 2:
Vorname:		
Name:		
Anschrift:		
Telefon:		
E-Mail-Anschrift:		

3. Betreuungsbedarf

Das Kind benötigt die Betreuung ab: _____

Für Kinder im Alter von 0-6 Jahren: (bitte ankreuzen)		Für Kinder im Grundschulalter: (bitte ankreuzen)	
6 Stunden (Mindestanspruch)	<input type="checkbox"/>	4 Stunden (Mindestanspruch)	<input type="checkbox"/>
7 Stunden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8 Stunden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9 Stunden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10 Stunden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- Für Kinder im Alter von 0-6 Jahren mit einer Betreuungszeit **bis 6 Stunden** und für Kinder im Grundschulalter **bis 4 Stunden** werden keine Angaben unter Punkt 5 benötigt.

4. Unterschriften Elternteil 1 und 2

✂ _____

_____ ✂

Datum/Unterschrift des/r Personensorgeberechtigten

Hinweis: Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtig- und Vollständigkeit Ihrer Angaben.

5. Nachweis über die Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt des Betreuungsbedarfes

Elternteil 1	Tägliche Arbeits-bzw. Ausbildungs- und Fortbildungszeit	
	Angaben in Stunden / Tag	zzgl. Pausenzeiten
Elternzeit von: bis:		
Erwerbstätigkeit Befristet von/bis: Unbefristet: <input type="radio"/> Ja		
Ausbildung / Fortbildung von: bis:		
Selbstständigkeit Bitte Nachweis beifügen		
Bestätigung über Schichtarbeit		
Dauer der täglichen Fahrzeit zur Arbeits-, Ausbildungs- bzw. Fortbildungsstätte (einfache Fahrt)		
Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. des Aus- und Fortbildungsträgers	Stempel	Datum und Unterschrift

Elternteil 2	Tägliche Arbeits-bzw. Ausbildungs- und Fortbildungszeit	
	Angaben in Stunden / Tag	zzgl. Pausenzeiten
Elternzeit von: bis:		
Erwerbstätigkeit Befristet von/bis: Unbefristet: <input type="radio"/> Ja		
Ausbildung / Fortbildung von: bis:		
Selbstständigkeit Bitte Nachweis beifügen		
Bestätigung über Schichtarbeit		
Dauer der täglichen Fahrzeit zur Arbeits-, Ausbildungs- bzw. Fortbildungsstätte (einfache Fahrt)		
Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. des Aus- und Fortbildungsträgers	Stempel	Datum und Unterschrift