

**Antrag auf Kostenübernahme für die Betreuung in einer Kindertagesstätte im Land Berlin gemäß Staatsvertrag zwischen dem Land Berlin und dem Land Brandenburg über die gegenseitige Nutzung von Plätzen in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung**

*Dieser Antrag ist vor Beginn der Betreuung in einer Kita des Landes Berlin von den Personensorgeberechtigten (Eltern) auszufüllen und in der Gemeinde Schönwalde – Glien einzureichen. Die Gemeinde Schönwalde – Glien entscheidet als Leistungsverpflichteter über den Antrag und bestätigt bzw. versagt die Kostenübernahme.*

**1. Angaben des Kindes – von den Eltern auszufüllen**

**1.1. Angaben zum Kind**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Name und Vorname des Kindes |  |
| Geburtsdatum                |  |
| Anschrift des Kindes        |  |

**1.2. Angaben zur Mutter**

|  |                     |
|--|---------------------|
| Name und Vorname der Mutter *                            |                     |
| Hauptwohnsitz  |                     |
| Telefon – Nummer privat                                  | E – mail            |
| Beruf  |                     |
| Arbeitgeber (bitte Formular „Erwerbsnachweis“ ausfüllen) | Tel. Nr. dienstlich |

**1.3. Angaben zum Vater**

|  |                     |
|--|---------------------|
| Name und Vorname des Vaters *                            |                     |
| Hauptwohnsitz  |                     |
| Telefon – Nummer privat                                  | E – mail            |
| Beruf  |                     |
| Arbeitgeber (bitte Formular „Erwerbsnachweis“ ausfüllen) | Tel. Nr. dienstlich |

*\* Falls ein Elternteil allein das Kind erzieht, bitte Formular „Erklärung für Alleinerziehende“ ausfüllen !*

**1.4. Angabe zu Geschwisterkindern im Haushalt des zu betreuenden Kindes**

|                             |  |              |
|-----------------------------|--|--------------|
| Name und Vorname des Kindes |  | Geburtsdatum |
| Name und Vorname des Kindes |  | Geburtsdatum |
| Name und Vorname des Kindes |  | Geburtsdatum |

## 2. Angaben zur Kindertagesstätte

|   |                             |                               |                   |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|
| Name + Anschrift<br>Kindertagesstätte / Horteinrichtung |                             |                               |                   |
| Aufnahmewunsch ab                                       |                             |                               |                   |
| Wunsch : Wöchentlicher<br>Betreuungsumfang in Stunden   |                             |                               |                   |
| Mittagessenversorgung                                   | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> Nein | (Bitte ankreuzen) |

## 3. Angaben zu Umfang der Betreuung (Bitte ankreuzen)

### Betreuung in der VHG:

(in der Zeit von 7.30 bis 13.30 und gewähltes Modul)

- Hort 1 von 6.00 bis 7.30 Uhr (ohne Mittag)
- Hort 2 von 13.30 bis 16.00 Uhr
- Hort 3 von 6.00 bis 7.30 und 13.30. bis 16.00 Uhr
- Hort 4 von 13.30 bis 18.00 Uhr
- Hort 5 von 6.00 bis 18.00 Uhr

Betreuung nur in den Ferien: von 7.30 bis 13.30 Uhr

### In der gebundenen Ganztagschule:

(in der Zeit von 7.30 bis 16.00 und gewähltes Modul)

- Hort 6 von 16.00 bis 18.00 Uhr
- Hort 7 von 6.00 bis 7.30 und 16.00 bis 18.00 Uhr

Betreuung nur in den Ferien:

- von 7.30 bis 16.00 Uhr

### Wichtiger Hinweis:

**Die Eltern sind verpflichtet, die Wohnortgemeinde über Veränderungen hinsichtlich der Betreuungszeit, des Beschäftigungsverhältnisses und der Beendigung der Betreuung zu informieren.**

Datum

Gesetzlicher Vertreter des Kindes

## 2. Rechtsanspruchsprüfung durch die Gemeinde Schönwalde – Glien (nicht ausfüllen!)

Für das o.g. Kind besteht ein Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung gemäß § 1 Brdbrg Kita-G :

- Kinderkrippe bis 6 Stunden
- Kindergarten bis 6 Stunden
- Hort bis 4 Stunden

- Kinderkrippe über 6 Stunden
- Kindergarten über 6 Stunden
- Hort über 4 Stunden

Ab : \_\_\_\_\_

Bis : \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift und Stempel  
Gemeinde Schönwalde – Glien