



## Antrag auf Förderung in Kindertagespflege

- Buchung einer Tagespflegeperson -

Landratsamt BGL  
FB 11 - Wirtschaftliche Jugendhilfe  
Team Tagespflege

Postfach 21 64  
83423 Bad Reichenhall

Landkreis Berchtesgadener Land

Ansprechpartner

**Frau Enninger**  
T: +49 8651 773-494  
[anja.enninger@lra-bgl.de](mailto:anja.enninger@lra-bgl.de)

**Frau Huber**  
T: +49 8651 773-496  
[tanja.huber@lra-bgl.de](mailto:tanja.huber@lra-bgl.de)

### Beginn / Änderung des Betreuungsverhältnisses

- Das Betreuungsverhältnis beginnt
- ab dem 01. des Monats der Antragstellung
  - zu einem anderen Zeitpunkt und zwar ab dem \_\_\_\_\_
- Das bestehende Betreuungsverhältnis wird geändert ab dem \_\_\_\_\_

### Die Eltern/Sorgeberechtigten

	Mutter	Vater
Name, Vorname	_____	_____
Straße, Haus-Nr.	_____	_____
PLZ, Ort	_____	_____
Geburtstag, -ort	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
	<input type="checkbox"/> geschieden seit _____	<input type="checkbox"/> geschieden seit _____
	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
Telefon/Handy	_____	_____
(privat u. beruflich)	_____	_____

### buchen beim Amt für Kinder, Jugend und Familie Berchtesgadener Land

#### für das Kind

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag, -ort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Kind mit Behinderung  ja  nein \_\_\_\_\_



**Bitte Nachweis der Behinderung vorlegen,**

z. B. Schwerbehindertenausweis, Bescheid über Feststellung Grad der Behinderung, ärztliches Gutachten mit Diagnostik nach ICD-10 [= Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)]

wohnhaft bei  Mutter  Eltern  
 Vater  Andere:

**Wenn Ja**

- körperliche Behinderung  
 geistige Behinderung  
 seelische Behinderung

Verwandtschaftsverhältnis  Großeltern  andere Verwandte  
zur Tagespflegeperson  nicht verwandt

**die Tagespflegeperson**

Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Geburtstag, -ort \_\_\_\_\_  
Telefon/Handy \_\_\_\_\_  
Fax/Email \_\_\_\_\_  
Bankverbindung \_\_\_\_\_  
(Kontoinhaber/in) \_\_\_\_\_ (IBAN) \_\_\_\_\_  
(Geldinstitut, Ort) \_\_\_\_\_ (BIC) \_\_\_\_\_

**wegen**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit der Mutter                       | <input type="checkbox"/> Erwerbstätigkeit des Vaters                       |
| <input type="checkbox"/> Berufsausbildung der Mutter                       | <input type="checkbox"/> Berufsausbildung des Vaters                       |
| <input type="checkbox"/> Schulbesuch der Mutter                            | <input type="checkbox"/> Schulbesuch des Vaters                            |
| <input type="checkbox"/> Studium der Mutter                                | <input type="checkbox"/> Studium des Vaters                                |
| <input type="checkbox"/> Vermittlung der Mutter in Arbeit oder Ausbildung: | <input type="checkbox"/> Vermittlung des Vaters in Arbeit oder Ausbildung: |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit  | <input type="checkbox"/> Vollzeit  |
| <input type="checkbox"/> Teilzeit  | <input type="checkbox"/> Teilzeit  |



- Öffnungs-/Schließzeiten der Tageseinrichtung  
(Kinderkrippe, Kindergarten, Hort)

\_\_\_\_\_ (Bezeichnung, Ort)  
\_\_\_\_\_

- Sonstiges: \_\_\_\_\_

- Abhängig von den o.g. Gründen sind der Erklärungsvordruck „Bestätigung über Arbeits- und Fahrtzeiten“ und andere geeignete Belege (Bestätigung der Schuleinrichtung über Schulzeiten, Bescheinigung der Agentur für Arbeit zur gemeldeten täglichen Arbeitszeit, Immatrikulationsbescheinigung etc.) für jeden Elternteil gesondert beizufügen.

### Betreuungszeiten

am Tag (6:00 – 20:00 Uhr)			Stundenzahl
<b>Montag</b>	von	bis	
<b>Dienstag</b>	von	bis	
<b>Mittwoch</b>	von	bis	
<b>Donnerstag</b>	von	bis	
<b>Freitag</b>	von	bis	
<b>Samstag</b>	von	bis	
<b>Sonntag</b>	von	bis	
wöchentliche Gesamtstundenzahl (zu 100 % als Betreuungszeit anerkannt)			A

in der Nacht (20:00 – 6:00 Uhr)			Stundenzahl
<b>Montag/Dienstag</b>	von	bis	
<b>Dienstag/Mittwoch</b>	von	bis	
<b>Mittwoch/Donnerstag</b>	von	bis	
<b>Donnerstag/Freitag</b>	von	bis	
<b>Freitag/Samstag</b>	von	bis	
<b>Samstag/Sonntag</b>	von	bis	
<b>Sonntag/Montag</b>	von	bis	
wöchentliche Gesamtstundenzahl davon 40 % als Betreuungszeit anerkannt			B

**Anzahl anerkannter  
wöchentlicher Betreuungsstunden**

A + B



Bei variabler Verteilung der Betreuungszeiten auf den Monat (z.B. aufgrund von Schichtdienst) ist eine durchschnittliche Betreuungsstundenzahl pro Woche anzugeben.

**Eine Änderung (Aufstockung oder Kürzung) der angegebenen Anzahl anerkannter wöchentlicher Betreuungsstunden ist beim Amt für Kinder, Jugend und Familien neu zu beantragen.**

### **Eingewöhnungsphase**

Die Eingewöhnungsphase beginnt am \_\_\_\_\_ und endet am \_\_\_\_\_

Sie umfasst insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden.

### **Ersatzbetreuung**

- Die Ersatzbetreuung wird bei Urlaubszeiten der Pflegeperson nicht benötigt.
- Die Ersatzbetreuung wird bei Urlaubszeiten der Pflegeperson durch  
Frau/Herrn \_\_\_\_\_ sichergestellt.

Bei Ausfall der Tagespflegeperson durch Krankheit oder Urlaub ist das Amt für Kinder, Jugend und Familie Berchtesgadener Land bei der Organisation einer Ersatzbetreuung behilflich.

### **Kostenbeitrag der Eltern**

Den Eltern ist bekannt, dass sie gemäß der Kostenbeitragssatzung des Landkreises Berchtesgadener Land für Kindertagespflege nach SGB VIII für die Betreuung des Kindes in Tagespflege zu einem Kostenbeitrag herangezogen werden. Die Höhe ist abhängig von der mit diesem Formblatt gebuchten durchschnittlichen täglichen Betreuungszeit des Kindes und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Eltern und des Kindes.

- ▶ Zur Ermittlung der maßgeblichen Einkommensstufe aufgrund der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist der Erklärungsvordruck „Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen“ auszufüllen und sind geeignete Nachweise in Kopie als Anlage beizufügen.

#### **Hinweis:**

Werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen bei Ausgaben (nicht jedoch bei Einnahmen) Verwendungszweck und Empfänger einer Überweisung (nicht aber deren Höhe) geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung) handelt. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.



Es besteht die Möglichkeit, einen Antrag auf Erlass bzw. Teilerlass des Kostenbeitrages zu stellen, wenn die Belastung den Eltern nicht zuzumuten ist (§ 90 Abs. IV SGB VIII).

**Uns ist bekannt, dass die mit diesem Antrag gebuchte Anzahl anerkannter wöchentlicher Betreuungsstunden maßgeblich ist für die Berechnung des Kostenbeitrages der Eltern und für die Berechnung des Tagespflegegeldes der Tagespflegeperson.**

**Wir versichern, dass wir alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht haben.**

**Uns ist bekannt, dass wir wegen wissentlich falscher Angaben strafrechtlich nach § 263 StGB (Betrug) verfolgt werden können und Leistungen, die auf Grundlage dieser falschen Angaben gewährt werden, zurückzuerstatten sind.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Tagespflegeperson

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter