

STADT Celle
 Fachdienst Kindertagesstätten, Tagesbetreuung
 Am Französischen Garten 3
 29221 Celle

Antrag auf Übernahme des Kindertagesstättenentgelts (§ 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 Kindertagesstätte			
Ihr Name, Vorname und Anschrift (in Celle)			
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)

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

Folgende Kinder besuchen die Kindertagesstätte:

1.	<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> ¾ Betr. <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Hort	seit
2.	<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> ¾ Betr. <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Hort	seit
3.	<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> ¾ Betr. <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Hort	seit

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 SGB II –Kosten d. Unterkunft- vom Sozialamt des Landkreises.**
- Ich/Wir beziehe/n **Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz von der Stadt Celle.**

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

Bitte legen Sie den kompletten Bescheid der Bundesagentur für Arbeit, des Landkreises bzw. Stadt 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 * (bitte Mietvertrag einreichen)		
Eigenheim-Belastung (nur Zinsen) * (bitte jährliche Zinsbelastung nachweisen)		
Gebäudeversicherung *		
Straßenreinigungsgebühren *		
Müllabfuhrgebühren *		
Schornsteinfegergebühren *		
Wasser/Abwasser *		
Grundsteuer *		

2. Sonstige Belastungen

Private Krankenversicherung *		
Hausratversicherung *		
Private Haftpflichtversicherung *		
Altersvorsorgebeiträge (Riester) *		
Gesetzliche KFZ-Haftpflichtversicherung * -ohne Kasko-u. Insassen-Unfallversicherung- (bitte Nachweis einreichen) oder 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

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Träger des Kindergartens eine Durchschrift der Entscheidung erhält.

Datum, Unterschrift