

**Antrag zur Prüfung des Rechtsanspruches für die Betreuung eines Kindes in einer Kindertagesstätte/
Kindertagespflege gem. § 1 Kindertagesstättengesetz (KitaG) der Stadtverwaltung Cottbus
(Karl-Marx-Straße 67, 03044 Cottbus)**

Jugendamt Cottbus

Ansprechpartner:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Sprechzeiten:

Zimmer: 2.126

Frau Kain **A – L und
Fremdgemeinde**

0355/612 3552

0355/612 13 3552

Kita.Antrag@cottbus.de

Dienstag

Donnerstag

Zimmer: 2.127

Frau Walczak **M – Z und
Kindertagespflege**

0355/612 3594

0355/612 13 3594

Kita.Antrag@cottbus.de

13:00-17:00 Uhr

09:00-12:00 Uhr

13:00-18:00 Uhr

- Erstantrag
 Folgeantrag

Eingangsvermerk

1. Angaben der Eltern bzw. der/des Antragsteller/s

	Mutter	Vater	Pflegeperson/Vormund
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Straße und Nr:			
PLZ Ort:			
Leben Sie in einer Mutter/ Vater-Kind-Einrichtung etc.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Telefon:			
<input type="checkbox"/> alleiniges Personensorgerecht (bei Erstantragstellung ist ein aktuelles Negativattest beizulegen) <input type="checkbox"/> gemeinsames Personensorgerecht			

2. Angaben zum Kind/Pflegekind

Name:		Alter des Kindes bzw. Schuljahrgangsstufe <input type="checkbox"/> 0 Jahre bis zum Schuleintritt <input type="checkbox"/> 1. Klasse <input type="checkbox"/> 2. Klasse <input type="checkbox"/> 3. Klasse <input type="checkbox"/> 4. Klasse <input type="checkbox"/> 5. Klasse <input type="checkbox"/> 6. Klasse
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Straße und Nr:		
PLZ Ort:		
Leben Sie in einer Mutter/ Vater-Kind-Einrichtung etc.?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geschwisterkind/er?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja: Betreuung in Tagespflege/Kita/Hort? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

3. Angaben zum Betreuungsbedarf

	Kindertagespflege (0 Jahre bis 3 Jahre)	Krippen- bzw. Kindergartenkind (0 Jahre bis Grundschulalter)	Hortkind (1. bis 6. Klasse)
Neuaufnahme zum (Datum)			
Eingewöhnung (nur bei Erstaufnahme)	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein	
Erhöhung/Verlängerung ab (Datum)			
Name der Einrichtung			
Betreuungszeit	<input type="checkbox"/> bis 6 Stunden <input type="checkbox"/> bis 8 Stunden <input type="checkbox"/> bis 10 Stunden	<input type="checkbox"/> bis 6 Stunden <input type="checkbox"/> bis 8 Stunden <input type="checkbox"/> bis 10 Stunden	<input type="checkbox"/> bis 4 Stunden <input type="checkbox"/> über 4 Stunden
zuletzt besuchte Einrichtung (bei Wechsel der Einrichtung)			

4. Tätigkeitsnachweis (bitte entsprechende Nachweise beifügen)

	Mutter	Vater	Pflegeperson
<u>Erwerbstätigkeit</u> (Tätigkeitsnachweis vom Arbeitgeber ausfüllen lassen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Selbständigkeit</u> (Gewerbean-/ummeldung bzw. Steuernummer beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Aus- oder Fortbildung</u> (Tätigkeitsnachweis oder aktueller Ausbildungsvertrag beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Bildungs- o. Trainingsmaßnahme</u> (Tätigkeitsnachweis oder Maßnahmereinbarung beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Sonstige Tätigkeit</u> (bitte benennen) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Elternzeit</u>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Elternzeit mit Erwerbstätigkeit*</u> (von der Elterngeldstelle bestätigen lassen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name des Arbeitgebers (Firma)			
Probezeit lt. Vertrag	von: bis:	von: bis:	von: bis:
Schichtdienst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zeitraum der Tätigkeit (Datum)	von: bis: <input type="checkbox"/> unbefristet	von: bis: <input type="checkbox"/> unbefristet	von: bis: <input type="checkbox"/> unbefristet
Datum der Wiederaufnahme der Tätigkeit nach Elternzeit	ab:	ab:	ab:

***nur von der Elterngeldstelle auszufüllen**

	Mutter	Vater	Pflegeperson	Stempel der Elterngeldstelle
Zeitraum der Elternzeit:				
erwerbstätig ab:				

Hinweise:

1. Eine Antragstellung ist erforderlich bei Aufnahme von Kindern vor Vollendung des ersten Lebensjahres, Kinder mit erhöhtem Betreuungsbedarf, Kinder der 5./6. Schuljahrgangsstufe und für Kinder, die in betreuten Wohnformen gem. § 19 SGB VIII leben.
2. Bei Wechsel von der Kindertagespflege in eine Kindertagesstätte bzw. Kindertagesstätte in den Hort ist bei erhöhtem Betreuungsbedarf ein vollständiger Folgeantrag zu stellen.
3. Die Behörde behält sich vor, in Abständen Überprüfungen vorzunehmen und Unterlagen (z.B. aktuellen Tätigkeitsnachweis) abzufordern. Die Nichtvorlage von Unterlagen kann eine Aufhebung des Verwaltungsaktes (Reduzierung auf die Mindestbetreuungszeit) zur Folge haben.

Erklärung der/des Antragsteller/s

Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr und vollständig sind. Bei Änderungen im Arbeitsverhältnis (z.B. Kündigung, Wechsel der Arbeitsstätte) ist ein Folgeantrag (Antragsformular und Tätigkeitsnachweis) zu stellen.

Ich bin damit einverstanden, dass die notwendigen personenbezogenen Daten bei den für mich zuständigen Stellen wie z.B. Elterngeldstelle, Meldebehörde, Agentur für Arbeit eingeholt werden können.

Ort/Datum

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater

Unterschrift Pflegeperson/
Vormund

Tätigkeitsnachweis der Mutter/ Pflegemutter
Bescheinigung des Arbeitgebers/ des Maßnahme-/ Ausbildungsträgers

Wir bescheinigen hiermit, dass Frau _____

- bei uns ab dem _____ mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____ beschäftigt wird/ ist.
- während/ nach Beendigung* der Elternzeit ab dem _____ mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____ beschäftigt wird/ ist. (*Zutreffendes bitte unterstreichen)
- nach bestandener Probezeit ab dem _____ mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____ weiterbeschäftigt wird.

Arbeitszeit:

Schichtdienst:

ja nein

Probezeit laut Vertrag:

ja, bis _____ nein

Befristung laut Vertrag:

ja, bis _____ nein

feste Arbeitszeiten (inkl. Pausen)

flexible Arbeitszeiten (inkl. Pausen)

Arbeitsbeginn und - ende (Uhrzeiten):

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

tägliche Wegezeit (von der Kindertagesstätte zum Arbeitsort und zurück): _____

nur vom Arbeitgeber/ Maßnahme-/ Bildungsträger auszufüllen

Ich versichere hiermit, dass die o. g. Angaben richtig sind.

Stempel/ Unterschrift
(Arbeitgeber, Maßnahme-/
Bildungsträger)

Datum

Tätigkeitsnachweis des Vaters/ Pflegevater
Bescheinigung des Arbeitgebers/ des Maßnahme-/ Ausbildungsträgers

Wir bescheinigen hiermit, dass Herr _____

- bei uns ab dem _____ mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____ beschäftigt wird/ ist.
- während/ nach Beendigung* der Elternzeit ab dem _____ mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____ beschäftigt wird/ ist. (*Zutreffendes bitte unterstreichen)
- nach bestandener Probezeit ab dem _____ mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____ weiterbeschäftigt wird.

Arbeitszeit:

Schichtdienst:

ja nein

Probezeit laut Vertrag:

ja, bis _____ nein

Befristung laut Vertrag:

ja, bis _____ nein

feste Arbeitszeiten (inkl. Pausen)

flexible Arbeitszeiten (inkl. Pausen)

Arbeitsbeginn und - ende (Uhrzeiten):

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

tägliche Wegezeit (von der Kindertagesstätte zum Arbeitsort und zurück): _____

nur vom Arbeitgeber/ Maßnahme-/ Bildungsträger auszufüllen

Ich versichere hiermit, dass die o. g. Angaben richtig sind.

Stempel/ Unterschrift
(Arbeitgeber, Maßnahme-/
Bildungsträger)

Datum