

Antragsabgabe beim:

Sozialzentrum Kropp
Am Markt 17h
24848 Kropp

Antragseingang beim Sozialzentrum am

Antrag auf Ermäßigung des Elternbeitrages für den Besuch einer Kindertageseinrichtung / Kindertagespflege

(§ 90 Abs. 3, 4 SGB VIII, § 7 KiTaG, § 6 Kita-Satzung)

Wichtig: Eine Ermäßigung wird frühestens ab dem Monat des Antragesinganges bewilligt!

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Folgeantrag
<input type="checkbox"/> Geschwisterermäßigung <small>(hierfür bitte nur Nummer 1 bis 3 ausfüllen)</small>	<input type="checkbox"/> Zumutbarkeitsberechnung

1. persönliche Daten Antragsteller/-in

	Kindesmutter / Antragstellerin	Kindesvater / Antragsteller
Name		
Vorname(n)		
Geburtsdatum		
Adresse		
Telefonnummer <small>(freiwillig)</small>		
E-Mail Adresse <small>(freiwillig)</small>		

2. Die Ermäßigung wird beantragt für:

2.1

Name(n), Vorname(n) des Kindes	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> <u>Kindertageseinrichtung und Träger</u> <small>(Name/Bezeichnung, Ort)</small> <input type="checkbox"/> <u>Kindertagespflegestelle</u> <small>(Name/Bezeichnung, Ort)</small>	
Besuch seit / ab <small>(Tag, Monat, Jahr)</small>	
mtl. Betreuungsbeitrag <small>(keine Verpflegungskosten, keine Fahrtkosten, etc.)</small>	regelmäßige Betreuungsstunden pro Woche <small>(Wochentage <u>und</u> Uhrzeit)</small>

2.2

Name(n), Vorname(n) des Kindes	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> <u>Kindertageseinrichtung und Träger</u> <small>(Name/Bezeichnung, Ort)</small> <input type="checkbox"/> <u>Kindertagespflegestelle</u> <small>(Name/Bezeichnung, Ort)</small>	
Besuch seit / ab <small>(Tag, Monat, Jahr)</small>	
mtl. Betreuungsbeitrag <small>(keine Verpflegungskosten, keine Fahrtkosten, etc.)</small>	regelmäßige Betreuungsstunden pro Woche <small>(Wochentage <u>und</u> Uhrzeit)</small>

2.3

Name(n), Vorname(n) des Kindes	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Kindertageseinrichtung und Träger (Name/Bezeichnung, Ort) <input type="checkbox"/> Kindertagespflegestelle (Name/Bezeichnung, Ort)	
Besuch seit / ab (Tag, Monat, Jahr)	
mtl. Betreuungsbeitrag (keine Verpflegungskosten, keine Fahrtkosten, etc.)	regelmäßige Betreuungsstunden pro Woche (Wochentage <u>und</u> Uhrzeit)

3. Familienverhältnisse (alle im Haushalt lebenden Personen sind aufzuführen, außer Antragsteller/in)

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Familienverhältnis zu folgendem/n Kind/ern (unter Pkt. 3)	
				Antragstellerin	Antragssteller
1. Kind				leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Kind				leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Kind				leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Kind				leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Kind				leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Kind				leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Kind				leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	leibliches Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sonstige Person (z. B. Stiefmutter/-vater)					
sonstige Person					

4. Einkommensverhältnisse Antragsteller/in und der in der Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen

4.1.

Erhält einer der unter Ziffer 1 genannten Personen eine der folgenden Leistungen?				
<input type="checkbox"/> ja (Bitte beantworten Sie für <u>jede Person</u> und <u>jede Position</u> , ob das Einkommen vorhanden ist) Nachweise sind beizufügen. Anschließend weiter bei Ziffer 6.				
<input type="checkbox"/> nein (weiter bei Ziffer 4.2)				
Einkommensart	Kindesmutter / Antragstellerin €		Kindesvater / Antragstellerin €	
Arbeitslosengeld II (Hartz IV)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Kinderzuschlag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Leistungen nach SGB XII / AsylbLG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Wohngeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von

4.2.

Alle Einnahmen sind anzugeben und durch Nachweise zu belegen (gilt auch für Sachbezüge)!
 Bitte beantworten Sie für jede Person und jede Position, ob das Einkommen vorhanden ist.

Einkommensart	Kindesmutter/Antragstellerin		Kindesvater/Antragsteller	
	€		€	
Selbständige Arbeit <small>(Nachweise min. der letzten 12 Monate, wenn nicht bereits vorliegend)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Nicht selbständige Arbeit <small>(Nachweise min. der letzten 12 Monate, wenn nicht bereits vorliegend inkl. Sonderzuwendungen wie Urlaubs-/ Weihnachtsgeld, etc.)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Krankengeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
BAföG / Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Elterngeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Rente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	
Unterhalt	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
für Kind	in Höhe von		in Höhe von	
für Kind	in Höhe von		in Höhe von	
für Kind	in Höhe von		in Höhe von	
für Kind	in Höhe von		in Höhe von	
für Kind	in Höhe von		in Höhe von	
für Kind	in Höhe von		in Höhe von	
für Kind	in Höhe von		in Höhe von	
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Erstattungen des / Nachzahlungen an das Finanzamt/es	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von <input type="checkbox"/> Nachzahlung <input type="checkbox"/> Erstattung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von <input type="checkbox"/> Nachzahlung <input type="checkbox"/> Erstattung
Sonstige Einnahmen: <small>(z. B. Ausbildungsvergütung des Kindes, Halbwaisenrente)</small>				
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von

Entsprechen die Einnahmen aus Ziffer 4.2 der <u>aktuellen</u> Einkommenssituation?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja	
	<input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="checkbox"/> neuer Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> nein, weil	<input type="checkbox"/> neuer Arbeitgeber
		<input type="checkbox"/> Veränderung der Arbeitszeit		<input type="checkbox"/> Veränderung der Arbeitszeit
		<input type="checkbox"/> Elternzeit		<input type="checkbox"/> Elternzeit
	<input type="checkbox"/> sonstiges,		<input type="checkbox"/> sonstiges,	

5. Aufwendungen → (Aktuelle Belege bitte in Kopie beifügen!)

5.1 wegen Erwerbstätigkeit:

Angaben zur Ermittlung von Absetzbeträgen				
Ausgaben	Kindesmutter / Antragstellerin		Kindesvater / Antragsteller	
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte in €	in Höhe von		in Höhe von	
Art des Beförderungsmittels	<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Roller <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> Fahrrad <input type="checkbox"/> Roller <input type="checkbox"/> Sonstiges
Fahrstrecke	von	nach	von	nach
einfache Fahrstrecke/km				
regelmäßige Arbeitstage pro Woche				
Beiträge zu Berufsverbänden	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Doppelte Haushaltsführung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von

5.2 für unterhaltsberechtigte Kinder außerhalb des Haushaltes: (bitte Kontoauszüge, etc. beifügen)

Name, Vorname des unterhaltsberechtigten Kindes	Geburtsdatum	Familienverhältnis zur Person unter Punkt 1	mtl. Unterhaltszahlung in Euro
		<input type="checkbox"/> Kindesmutter <input type="checkbox"/> Kindesvater <input type="checkbox"/> Sonstiges	
		<input type="checkbox"/> Kindesmutter <input type="checkbox"/> Kindesvater <input type="checkbox"/> Sonstiges	
		<input type="checkbox"/> Kindesmutter <input type="checkbox"/> Kindesvater <input type="checkbox"/> Sonstiges	

5.3 für Versicherungen: (bitte Unterlagen beifügen)

Versicherungsart	Beträge in Euro			
	monatlich	¼-jährlich	½-jährlich	jährlich
Privathaftpflicht				
Unfall				
Hausrat				
Berufsunfähigkeit				
Private Altersvorsorge				
Private / zusätzliche Krankenversicherung				
Sonstige Versicherungen:				

5.4 für die Unterkunft:

Wohnfläche in qm		<input type="checkbox"/> zur Miete <input type="checkbox"/> Eigentum
Unterkunftskosten (für selbstgenutzten Wohnraum)		
Mietbelastung: (Bitte Mietvertrag beifügen)	monatlich	jährlich
Kaltmiete (incl. kalter Nebenkosten)	€	€

Nur ausfüllen bei Wohneigentum-(entfällt bei Mietwohnung)**Eigentumsbelastung** (Belege sind beizufügen!)

	monatlich in €	jährlich in €
Schuldzinsen <u>-keine</u> Tilgungsraten- (Jahreskontoauszug)		
Grundsteuer B		
Entwässerungsgebühr		
Frischwassergebühr		
Kanalisationsgebühr		
Müllabfuhrgebühr		
Straßenreinigungsgebühr		
Schornsteinreinigungsgebühr		
Gebäudehaftpflichtversicherung		
Klärgrubenreinigung		
Sonstige Kosten:		

6 Aufklärung:

Die Berechnung der Ermäßigung des Elternbeitrages setzt gem. § 7 KiTaG eine Bedarfs- und Einkommensermittlung nach §§ 28 und 82 Abs. 1 und 2 SGB XII voraus. Gem. § 97a Abs. 1 SGB VIII und § 117 Abs. 1 SGB XII haben Sie die Verpflichtung, auf Verlangen des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe / Sozialhilfe Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Kommen Sie Ihren Auskunftspflichten nicht nach und wird hierdurch die Bedarfs- und Einkommensermittlung erschwert, kann der Kreis Schleswig-Flensburg gem. § 66 Abs. 1 SGB I die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen. Das Recht, die Auskunft zu verweigern, besteht gem. § 97a Abs. 5 SGB VIII und § 117 Abs. 5 SGB XII nur, wenn Sie selbst sich oder einen in § 383 Abs. 1 Nummer 1 bis 3 der Zivilprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Eine eventuelle Ermäßigung wird frühestens ab dem Monat gewährt, in dem der Antrag beim Kreis Schleswig-Flensburg (örtlichen Sozialzentrum / Jugendamt) eingegangen ist. Eine rückwirkende Bewilligung ist grundsätzlich nicht möglich. Eine Bearbeitung des Antrages ist erst nach Vorlage der vollständigen Unterlagen durchführbar.

7 Erklärung:

Ich versichere / Wir versichern, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich / wir insbesondere alle Einkünfte, auch die, der in meinem Haushalt lebenden Personen, lückenlos angegeben habe / haben. Änderungen der

Familien- und Einkommensverhältnisse werde ich / werden wir unverzüglich und unaufgefordert dem / der zuständigen Sachbearbeiter/in mitteilen. Nach Bearbeitung des Antrages erhalten sowohl der/die Antragsteller/in als auch der Träger der Kindertageseinrichtung eine Mitteilung über die Ermäßigung. Eine Mitteilung an die Tagespflegepersonen, über die Höhe der errechneten zumutbaren Belastungsgrenze erfolgt nicht.

Folgende Person / Einrichtung(en) sollen eine Kopie des Bescheides über die Höhe der Ermäßigung inkl. der Berechnung der zumutbaren Belastungsgrenze erhalten:

Betreuer/in

FD Jugend und Familie, SG Kita und Tagespflege
(wenn 1 Kind zusätzlich in Tagespflege betreut wird)

(Vorname Name)

Institution(z. B. Sozialforum)

Adresse	
Name der Institution	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
evtl. Ansprechpartner/in	

Ort, Datum

Unterschrift Kindesmutter / Antragstellerin

Unterschrift Kindesvater / Antragssteller

8. Informationen über gespeicherte Daten gem. Artikel 13 Datenschutzgrundverordnung DSGVO i.V.m. § 62 Abs. 2 Satz 2 Sozialgesetzbuch SGB VIII

Ihre gemachten Angaben unterliegen dem Sozialgeheimnis im Sinne von § 35 Abs. 1 Sozialgesetzbuch I. Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich zum Zwecke der Berechnung einer möglichen Ermäßigung des Elternbeitrages für den Besuch einer Kindertageseinrichtung / Kindertagespflege.

Ihre Daten werden nur mit Ihrer Einwilligung (siehe unten) an andere in Ihren Fall eingebundene Sozialleistungsträger weitergegeben. Ihre Daten werden bei uns in Akten erfasst und elektronisch in Dateien gespeichert. Hierzu sind wir gesetzlich aufgrund von Artikel 6 Abs. 1 e) DSGVO in Verbindung mit den §§ 62 bis 64 Sozialgesetzbuch SGB VIII berechtigt.

Sie haben das Recht, insbesondere Auskunft über die bei uns gespeicherten Daten zu erhalten und zu verlangen, dass nicht mehr erforderliche Daten über Sie bei uns gelöscht werden.

Möchten Sie eines Ihrer Rechte in Anspruch nehmen oder haben Sie Fragen zum Datenschutz, dann wenden Sie sich bitte an die Datenschutzbeauftragte unter datenschutz@schleswig-flensburg.de, Telefon: 04621 87-553.

Einverständniserklärung für die Datenweitergabe an eingebundene Sozialleistungsträger

*Mir ist bekannt, dass es für die Bearbeitung dieses Antrages erforderlich sein kann, dass der Fachdienst Jugend und Familie Informationen der zuständigen Behörden für folgende Leistungsbereiche erhält: SGB II (ALG II), SGB VIII, SGB XII, Asylleistungen und Wohngeld. Ich bin damit einverstanden, dass der Fachdienst Jugend und Familie im Einzelfall mit den vorgenannten zuständigen Behörden in einen Datenaustausch tritt, soweit es für die Bearbeitung dieses Antrages erforderlich ist. Mir ist auch bekannt, dass durch die Erteilung der Einverständniserklärung **keine** automatische Weiterleitung der Veränderungen der persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse erfolgt.*

Diese Einverständniserklärung erfolgt freiwillig und mir ist bekannt, dass ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Kindesmutter / Antragstellerin

Unterschrift Kindesvater / Antragssteller