Stadt Hennigsdorf

EINGANGSBESTÄTIGUNG

Datum: _____

Bearbeiter: _____

Stadtverwaltung Hennigsdorf
FB Soziales und
Gebäudemanagement
FD Bildung
Rathausplatz 1
16761 Hennigsdorf

Antrag auf Kostenübernahme – für die Betreuung in einer Kindertagesstätte außerhalb der Wohnortgemeinde, aber innerhalb des Landkreises Oberhavel

Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen.

1 Angaben zum Kind

Vorname | Name

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer | PLZ und Wohnort

2 Angaben zum Elternteil/Personensorgeberechtigten a)

Anrede: ☐ Herr ☐ Frau

Vorname | Name

Straße und Hausnummer | PLZ und Wohnort

Telefon | E-Mail

berufstätig: ☐ ja ☐ nein

3 Angaben zum Elternteil/Personensorgeberechtigten b)

Anrede: ☐ Herr ☐ Frau

Vorname | Name

Straße und Hausnummer | PLZ und Wohnort

Telefon | E-Mail

berufstätig: ☐ ja ☐ nein

4 Angaben zur aufnehmenden Gemeinde/benötigtem Betreuungsbedarf

aufnehmende Gemeinde/Amt:

Kostenübernahme benötigt ab:

Kita/Hort:

benötigte Betreuungszeit:

Klasse:

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag eine Bestätigung des Arbeitgebers/Aus-/Weiterbildungsträgers mit bei, wenn
- Ihr Kind das 1. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- Ihr Kind die 5. oder 6. Klasse besucht,
- ein Kita-Platz über 6 Stunden (Rechtsanspruch Kindergarten) bzw. 4 Stunden (Rechtsanspruch Hort) benötigt wird
- oder wenn Wochenstunden auf Grund von wechselnden täglichen Arbeitszeiten benötigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils/Personenberechtigten a)

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils/Personenberechtigten b)

Zurücksetzen

Drucken