



Antrag auf Feststellung des Rechtsanspruches gemäß § 1 KitaG Bbg

1. Angaben zum Kind, für welches der Rechtsanspruch festgestellt werden soll

Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

2. Ab wann benötigt das Kind diese Betreuung?

Datum:	
--------	--

3. Angaben der Personensorgeberechtigten

Bitte Zutreffendes ankreuzen:	<input type="checkbox"/> leibliche Mutter	<input type="checkbox"/> leiblicher Vater
	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerin des Vaters	<input type="checkbox"/> Lebenspartner der Mutter
	<input type="checkbox"/> Pflegemutter	<input type="checkbox"/> Pflegevater
nur wenn zutreffend ankreuzen:	<input type="checkbox"/> ich bin alleinerziehend	<input type="checkbox"/> ich bin alleinerziehend
Name:		
Vorname:		
Wohnanschrift:		

4. Kenntnisnahme der Einrichtung

Stempel der Einrichtung	Datum / Unterschrift

Benötigter Umfang der Betreuung des Kindes: _____ Stunden pro Tag

Wo soll das Kind betreut werden (Name und Anschrift der Einrichtung)?

5. Bedarfsnachweis der Antragsteller:

Dieses Anliegen wird begründet durch

- die familiäre Situation.
- die häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche.
- einen besonderen Erziehungsbedarf.
- die Erwerbstätigkeit.
- die Aus- und Fortbildung der Eltern.

Begründung

Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers:

Ich versichere / wir versichern, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir der Stadt Bad Liebenwerda entsprechende Nachweise vorzulegen haben.

Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir nur eine Tagesbetreuungsform für mein / unser Kind gleichzeitig in Anspruch nehmen kann / können (Tagespflege oder Kindertagesstätte).

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigte

Datum, Unterschrift
Personensorgeberechtigter

Bescheinigung zum bedingten Rechtsanspruch zur Vorlage bei der Stadt Bad Liebenwerda

durch den Arbeitgeber, die Agentur für Arbeit, bzw. Schulungsinstitut auszufüllen

Mutter/ Lebenspartnerin/ Pflegemutter: Name, Vorname:
Anschrift:

zutreffendes bitte ankreuzen

zutreffendes bitte ankreuzen	Wöchentliche Arbeitszeit einschl. Pausenzeiten
<input type="checkbox"/> Erwerbstätig seit <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis	
<input type="checkbox"/> Ausbildung/Fortbildung Zeitraum von bis	
<input type="checkbox"/> Häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche	
<input type="checkbox"/> Selbstständig (<input type="checkbox"/> Hauptgewerbe <input type="checkbox"/> Nebengewerbe)	

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Agentur für Arbeit oder Schulungsinstituts	Datum, Unterschrift, Stempel
---	------------------------------

✂ (bitte abtrennen) ✂

Bescheinigung zum bedingten Rechtsanspruch zur Vorlage bei der Stadt Bad Liebenwerda

durch den Arbeitgeber, die Agentur für Arbeit, bzw. Schulungsinstitut auszufüllen

Vater / Lebenspartner/ Pflegevater: Name, Vorname:
Anschrift:

zutreffendes bitte ankreuzen

zutreffendes bitte ankreuzen	Wöchentliche Arbeitszeit einschl. Pausenzeiten
<input type="checkbox"/> Erwerbstätig seit <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis	
<input type="checkbox"/> Ausbildung/Fortbildung Zeitraum von bis	
<input type="checkbox"/> Häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche	
<input type="checkbox"/> Selbstständig (<input type="checkbox"/> Hauptgewerbe <input type="checkbox"/> Nebengewerbe)	

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Agentur für Arbeit oder Schulungsinstituts	Datum, Unterschrift, Stempel
---	------------------------------