

Antrag für einen Kindergartenplatz und Kostenübernahme für die geplante Aufnahme in die
Schwerpunkteinrichtung

Name der Einrichtung:

Allgemeine Angaben und Angaben zu Ansprüchen

Kind

Name, Vorname:.....
Geburtsdatum:.....
Anschrift:.....

Mutter

Name, Vorname.....
Geburtsdatum:.....
Anschrift (sofern abweichend von der des Kindes):.....
.....

Vater

Name, Vorname:.....
Geburtsdatum:.....
Anschrift (sofern abweichend von der des Kindes):.....
.....

Staatsangehörigkeit des Kindes

Die beantragte Sozialhilfe kann Ausländerrinnen und Ausländern geleistet werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Die Kenntnis der Staatsangehörigkeit des Kindes ist daher unerlässlich.

- Deutsche/r Staatsangehörige/r
- Andere Staatsangehörigkeit: Staatsangehörige/r des Staates.....

Aufenthaltsstatus des Kindes (nur ankreuzen, wenn keine deutsche oder EU- Staatsangehörigkeit besteht)

Die Kenntnis des Aufenthaltsstatus ist wichtig zur Feststellung von Ansprüchen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

- Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling
- Asylbewerber/in
- Sonstige
- Eine Kopie der aktuellen Genehmigung der Ausländerbehörde ist beigelegt
- Eine Kopie der aktuellen Genehmigung der Ausländerbehörde wird nachgereicht

Ursache der Behinderung des Kindes (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Sollte die Behinderung durch ein Fremdverschulden eingetreten sein, so ist der Schädiger zum Ersatz der Aufwendungen verpflichtet bzw. es besteht ein Anspruch nach anderen Leistungsgesetzen (z. B. Opferentschädigungsgesetz).

- Schädigung vor/während/nach der Geburt ohne Fremdeinwirkung, (z.B. Folge einer Erkrankung)
- Schädigung während der Geburt durch Arzt- oder Hebammenfehler
- Schädigung vor/während/nach der Geburt
 - durch einen Unfall
 - durch einen Impfschaden
 - durch einen vorsätzlichen Angriff
 - nicht bekannt

Bestehen/bestanden Ansprüche gegen einen Schädiger, eine Versicherung oder beim Versorgungsamt? Wird/wurde ein Rechtsstreit wegen der Entstehung der Behinderung geführt? (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Diese Frage ist in Zusammenhang mit der vorherigen Frage zu sehen. Sollte die Ursache der Behinderung ein Fremdverschulden sein, so ist die Kenntnis über den Stand des Verfahrens zur Klärung vorrangiger Ansprüche wichtig.

- Nein**, es bestehen/bestanden keine solcher Ansprüche/Forderungen
- Ja**, es bestehen/bestanden solche Ansprüche/Forderungen gegen:

.....
(Name)

.....
(Anschrift)

.....
(Versicherung/Versorgungsamt mit Anschrift)

.....
(Versicherungsnummer/Aktenzeichen)

Bei mehreren Schädigern fügen Sie bitte eine Aufstellung der Namen, Anschriften und Versicherungsangaben hinzu.

Kostenbeitrag für das Mittagessen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

In der Schwerpunkteinrichtung wird ein Mittagessen angeboten. Hierfür zahlen Eltern an den Träger der Kindertageseinrichtung einen Beitrag. Sollten Sie diesen Beitrag nicht zahlen können, prüft der LWL anhand der Sozialhilfesätze, ob Sie zu dem Personenkreis gehören, für den die Aufbringung der Kosten unzumutbar ist. Um dieses prüfen zu können, bitten wir Sie um folgende Angaben und Nachweise:

- Ja**, ich erkläre mich bereit, den Beitrag zu entrichten. Meine wirtschaftlichen Verhältnisse muss ich daher nicht offen legen.

- Nein** ich kann den Beitrag nicht leisten, weil ich
 - Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II oder
 - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII oder
 - Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XIIbeziehe.
 - Eine Kopie des aktuellen Bescheides füge ich diesem Antrag bei.
 - Eine Kopie des aktuellen Bescheides reiche ich unverzüglich nach.

- Nein**, ich kann den Beitrag nicht leisten, weil meine wirtschaftlichen Verhältnisse dies nicht zulassen
 - Unterlagen zum Nachweis meiner wirtschaftlichen Verhältnisse füge ich diesem Antrag bei.
 - Unterlagen zum Nachweis meiner wirtschaftlichen Verhältnisse reiche ich unverzüglich nach.

- Nein**, der Beitrag entfällt, da das Kind nicht am Mittagessen teilnimmt.

Zuordnung zur Gruppenform nach der Anlage zu § 19 KiBiz

lt. im Betreuungsvertrag vereinbarter wöchentlicher Betreuungszeit:

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten