

**Bedarfsanzeige für die beabsichtigte Inanspruchnahme eines  
Kinderbetreuungsplatzes in einer Hamburger Kindertageseinrichtung  
(Kostenausgleich nach § 34 Kindertagesstättengesetz für Schleswig-Holstein)**

**Kreis Stormarn  
Fachdienst Familie und Schule  
Sozialstaffel / Tagespflegeförderung  
Herrn Dirk Johannsen  
Mommsenstraße 13  
23843 Bad Oldesloe**

**Neuantrag**

**Weiterbewilligung**

	<b>Sorgeberechtigter 1 (Antragsteller/in)</b>	<b>Sorgeberechtigter 2</b>
<b>Name</b> (ggf. Geburtsname)		
<b>Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Anschrift</b>		
<b>Telefon</b>		

Sehr geehrter Herr Johannsen,

hiermit zeige(n) ich/wir als Personensorgeberechtigte(r) an, dass mein/unser Kind

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Name und Vorname des Kindes) (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer) (PLZ, Wohnort)

ab \_\_\_\_\_ folgende Kindertageseinrichtung besuchen wird:

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name des Trägers: \_\_\_\_\_

Adresse des Trägers: \_\_\_\_\_

Ich/wir bitte(n) um Bestätigung, dass die Betreuung in einer Hamburger Kindertageseinrichtung anerkannt wird und dass der Kostenausgleich an die Hamburger Einrichtung bzw. den Einrichtungsträger vom Kreis Stormarn gewährt wird.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift der(s) Personensorgeberechtigten)

**Hinweise:**

**Die beigefügte Anlage 1 „Bescheinigung über die Betreuungszeit und die Höhe der Betreuungskosten“ lassen Sie bitte über Ihre Kindertageseinrichtung vom Träger der Einrichtung ausfüllen und unterschreiben.**

**Fügen Sie die Bescheinigung (Anlage 1) bitte dieser Bedarfsanzeige bei,**

**Die beigefügte Anlage 2 „Bescheinigung des Arbeitsgeber/der Arbeitgeberin über eine Beschäftigung“ lassen Sie bitte von Ihrem/Ihrer Arbeitgeber/in ausfüllen und unterschreiben (nur erforderlich, wenn Ihr Kind das dritte Lebensjahr vollendet hat).**

**Fügen Sie die Bescheinigung (Anlage 2) bitte gegebenenfalls dieser Bedarfsanzeige bei.**

**Auszufüllen vom Träger der Kindertageseinrichtung**

Anlage 1 zur Bedarfsanzeige für die beabsichtigte Inanspruchnahme eines Kinderbetreuungsplatzes in einer Hamburger Kindertageseinrichtung (Kostenausgleich nach § 34 Kindertagesstättengesetz für Schleswig-Holstein)

**Bescheinigung über die Betreuungszeit und die Höhe der Betreuungskosten**

<b><u>Name der Einrichtung</u></b>	
<b><u>Anschrift</u></b>	
<b><u>Ansprechpartner/in</u></b>	
<b><u>Telefon</u></b>	

**Betreutes Kind:**

<b><u>Name, Vorname</u></b>	
<b><u>Geburtsdatum</u></b>	
<b><u>Anschrift</u></b>	

**Betreuungszeit/-form:**

<b><u>Stunden pro Tag / Woche</u></b>	
<b><u>Betreuungsform</u> (Elementar, Krippe, Hort)</b>	

**Leistungsentgelt:** \_\_\_\_\_ € monatlich

**Verpflegungskostenbeitrag:** \_\_\_\_\_ € monatlich

**Bitte fügen Sie eine Kopie der zwischen dem Einrichtungsträger und der Freien und Hansestadt Hamburg geschlossenen Entgeltvereinbarung bei.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel des Trägers)

**Auszufüllen vom Arbeitgeber/von der Arbeitgeberin**

**Anlage 2 zur Bedarfsanzeige für die beabsichtigte Inanspruchnahme eines Kinderbetreuungsplatzes in einer Hamburger Kindertageseinrichtung (Kostenausgleich nach § 34 Kindertagesstättengesetz für Schleswig-Holstein)**

**Bescheinigung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin über eine Beschäftigung**

**I. Personendaten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Ort: \_\_\_\_\_

**II. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Bei Veränderung der Arbeitszeit das Beginn Datum entsprechend ergänzen.

Beginn des Beschäftigungsverhältnisses: \_\_\_\_\_

Befristung des Beschäftigungsverhältnisses: \_\_\_\_\_

Anschrift des Einsatzortes: \_\_\_\_\_

**III. Arbeitszeiten des/der Beschäftigten:**

Arbeitstage pro Woche: \_\_\_\_\_

Arbeitsstunden pro Woche: \_\_\_\_\_

Gleitzeitregelung:  ja

nein

Schichtdienst:  ja

nein

Tägliche tatsächliche Arbeitszeit (inkl. Pausen):

Wochentag	Von	Bis	Summe
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			
<b>Summe:</b>			

**Die Schichtdienstzeiten bitte auf der Rückseite angeben.**

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin