



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

Kreis Stormarn
Fachdienst Kindertagesbetreuung
Kostenausgleich
Frau B. Wierzoch
Mommsenstraße 13
23843 Bad Oldesloe

	Erziehungsberechtigte/r 1 (Antragsteller/in)	Erziehungsberechtigte/r 2
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geschlecht (w/m/d)		
Anschrift		
wohnhaft seit wann /ab wann		
Telefon		

Sehr geehrter Frau Wierzoch,

hiermit zeige(n) ich/wir als Erziehungsberechtigte/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: _____



- 2 -

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.

Die Kopie der Geburtsurkunde des zuvor genannten Kindes liegt dieser Bedarfsanzeige als Anlage bei.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der(s) Sorgeberechtigten)

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 Arbeitgebers/der Arbeitgeberin über eine Beschäftigung“ lassen Sie bitte von Ihrem/Ihrer Arbeitgeber/in ausfüllen und unterschreiben.

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

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

Betreutes Kind:

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

Betreuungszeit/-form:

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

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			
Summe:			

Die Schichtdienstzeiten bitte auf der Rückseite angeben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin)