

## **Hinweis zum Antragsformular**

### **„Übernahme der Kosten für eine Tageseinrichtung“**

Bitte den Antrag vollständig ausfüllen, unterschreiben und mit den erforderlichen Unterlagen persönlich oder per Post im Landratsamt Berchtesgadener Land einreichen.

**Anschrift:**

Landratsamt Berchtesgadener Land  
**-Amt für Kinder, Jugend und Familien-  
Team Kindertageseinrichtungen**  
Salzburger Straße 64  
83435 Bad Reichenhall

**Wenn Sie Ihren Antrag  
lieber persönlich abgeben wollen,  
bitten wir um  
vorherige telefonische Terminvereinbarung!**

**Bezüglich der Corona-Regelungen zum Besucher-  
verkehr verweisen wir auf die Hinweise auf unserer  
Homepage [www.lra-bgl.de](http://www.lra-bgl.de) !**

**Bitte lesen Sie die Hinweise zum Ausfüllen  
des Antrags sorgfältig durch!**



Geben Sie das Antragsformular bitte **vollständig ausgefüllt**  
(bei nicht zutreffenden Punkte bitte "nein" ankreuzen) und unterschrieben zurück an:

<b>LANDRATSAMT BERCHTESGADENER LAND -Amt für Kinder, Jugend und Familien- Salzburger Straße 64 83435 Bad Reichenhall</b>	<b>Falls Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:</b>			
	<b>Wirtschaftliche Jugendhilfe Team Kindertageseinrichtungen</b>			
	<b>Sachbearbeiter</b>	<b>Telefonnummer</b>	<b>Telefax</b>	<b>Aktenzeichen</b>
	<b>Frau Grobolschek</b>	<b>08651/773-462</b>	<b>08651/773-9462</b>	<b>AB 111.07</b>
	<b>Herr Paiva</b>	<b>08651/773-416</b>	<b>08651/773-9416</b>	<b>AB 111.08</b>
	<b>Herr Fehre</b>	<b>08651/773-453</b>	<b>08651/773-9453</b>	<b>AB 111.03</b>

**Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Tageseinrichtung**  
**-vereinfacht-**

<b>gemäß §§ 90 Abs. 3 Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) Kinder- und Jugendhilfegesetz</b> (Die personenbezogenen Daten werden aufgrund § 90 SGB VIII und §§ 60, 65 SGB I erhoben!)	<b>Bitte beachten Sie unsere allgemeinen Sprechzeiten:</b> Montag - Mittwoch 08:00 – 14:00 Uhr Donnerstag 08:00 – 16:00 Uhr, Freitag 08:00 – 12:00 Uhr  <b>Eine Terminvereinbarung erspart Ihnen Wartezeiten, wir können Sie dann gezielter beraten!</b>
---	---

**1. Hiermit beantrage ich**

Name, Vorname des Antragstellers

**2. für mein Kind**

Name, Vorname			
Geburtsdatum und Geburtsort			<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich
Anschrift (falls abweichend vom Antragsteller)			
Staatsangehörigkeit(en)	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Bei meinem Kind liegt eine Behinderung  ab Geburt  seit \_\_\_\_\_ vor  
→ Wenn Sie hier „Ja“ ankreuzen, ist die Vorlage des vollständigen Ärztlichen Gutachtens  
erforderlich!  nein  ja

**3. die Teilnahmebeiträge in der Tageseinrichtung (Träger)**

Name der Kindertageseinrichtung	Anschrift der Kindertageseinrichtung		
ab dem Datum	mit einer Betreuungszeit von		
<i>Hinweis: Eine Antragstellung ist frühestens ab Beginn des aktuellen Tageseinrichtungsjahres möglich</i>	bis	Stunden täglich	

**4. Informationen zur Mittagsverpflegung**

Beim Bezug folgender Leistungen sind die Mehraufwendungen für Mittagsverpflegung bei der zuständigen Stelle im Rahmen des Bildungspaketes zu beantragen. Die entsprechenden Antragsformulare erhalten Sie bei den zuständigen Stellen.

- Sozialgesetzbuch II (Arbeitslosengeld II) (Antragstellung beim zuständigen Jobcenter)
- und/oder Sozialgesetzbuch XII (Antragstellung bei der Bildung und Teilhabestelle im Landratsamt)
- und/oder Kinderzuschlag nach Bundeskindergeldgesetz (Antragstellung bei der Bildung und Teilhabestelle im Landratsamt)
- und/oder Wohngeld (Antragstellung bei der Bildung und Teilhabestelle im Landratsamt)

## 5. Betreuungsgrund

*Kinderkrippe*

- Gesetzlicher Anspruch des Kindes (Kind ab dem 1. Lebensjahr, Betreuung bis zu 20 Std./Woche)

**ODER bei höherem Betreuungsumfang: die Betreuung des Kindes ist notwendig wegen**

- Erwerbstätigkeit  
 Umschulung  
 Schule / Berufsausbildung / Studium  
 Sonstige Gründe

**BITTE GEEIGNETE NACHWEISE IN KOPIE BEIFÜGEN!**

*Kindergarten*

- Gesetzlicher Anspruch des Kindes (Kind ab dem 3. Lebensjahr, Betreuung je nach Bedarf)

*Kinderhort*

**Der Betreuungsumfang ist notwendig wegen**

- Erwerbstätigkeit  
 Umschulung  
 Schule / Berufsausbildung / Studium  
 Sonstige Gründe

**BITTE GEEIGNETE NACHWEISE IN KOPIE BEIFÜGEN!**

*Nähere Erläuterung (z. B. Beruf, tägliche Arbeitszeit, Ende der Umschulung/Ausbildung, etc.)*

## 6. In meinem Haushalt

**leben noch weitere Kinder und weitere Personen (ohne oder mit Einkommen)**

<input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname(n)	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Einkünfte
<input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname(n)	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Einkünfte
<input type="checkbox"/> Nein	Name, Vorname(n)	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Einkünfte

## 7. Angaben

**zur MUTTER des Kindes**

**zum VATER des Kindes**

Name		
Vorname		
Geburtsdatum / Geburtsort		
Staatsangehörigkeit(en)		
Anschrift (PLZ, Ort, Strasse)		
Telefon/Mobiltelefonnummer:		
Emailadresse:		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Getrenntlebend <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet	Seit dem Datum: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Getrenntlebend <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> Geburt / <input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> Geburt / <input type="checkbox"/> seit:

## 8. Monatliche Einkünfte Sozialleistungen (Veränderungen sind umgehend mitzuteilen!)

Einkommensart	MUTTER des Kindes		VATER des Kindes		
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Arbeitslosengeld II (AIG II) nach SGB II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <b>Vollständiger Bescheid des Jobcenters</b>
Leistungsbezug Sozialhilfe (SGB XII) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <b>Vollständiger Bescheid über Sozialhilfeleistungen</b>
Leistungsbezug Asylbewerberleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <b>Vollständiger Bescheid</b>
Kindergeldzuschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <b>Vollständiger Bescheid der Familienkasse</b>
Wohngeld/Lastenausgleich nach Wohngeldgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <b>Vollständiger Bescheid inklusive Berechnungsblätter</b>

## 9. Die Versorgung des Kindes erfolgt

im gemeinsamen Haushalt der Eltern  seit Geburt  ab dem Datum \_\_\_\_\_

beim alleinerziehenden Elternteil  seit Geburt  ab dem Datum \_\_\_\_\_

der seit \_\_\_\_\_ im gemeinschaftlichen Haushalt mit anderen Personen (z. B. Lebensgefährte/in, Geschwister, etc.) lebend ist.

## ZUR Beachtung!

- **Unterlagen bzw. Belege über die von mir angegebenen Einkünfte habe ich beigelegt.**
- **Vorstehende Angaben sind in allen Punkten wahr und vollständig. Ich weiß, dass wesentlich falsche Angaben oder das vorsätzliche Verschweigen von rechtserheblichen Tatsachen im Sinne des § 263 StGB strafbar sind und verfolgt werden können.**
- **Ich verpflichte mich, wesentliche Änderungen in den Einkommens- und/oder Familienverhältnissen dem Amt für Kinder, Jugend und Familien unverzüglich mitzuteilen.**
- **Mir ist bekannt, dass vom Amt zu Unrecht erbrachte Leistungen zu erstatten sind.**

**Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift unter diesen Antrag!**

Ort, Datum

Antragsteller(in)

**U n t e r s c h r i f t**

**Verfügung – Nur von der Behörde auszufüllen**

- Antrag aufgenommen  
 Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft

Im Auftrag

Datum, Unterschrift des/der Sachbearbeiter(s)in