

Geben Sie diesen Antrag bitte vollständig ausgefüllt, unterschrieben und mit den maßgeblichen Unterlagen zurück bis zum: _____

An:

**Stadt Dessau-Roßlau
Jugendamt
Postfach 1425
06813 Dessau-Roßlau**

Eingangsvermerk:

Antrag auf Übernahme/Erlass von Kostenbeiträgen für die Förderung von Kindern in einer Tageseinrichtung und Kindertagespflege

gemäß § 90 Abs. 3 und 4 SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe i. V. m. § 13 des KIFöG des Landes Sachsen-Anhalt in der jeweils gültigen Fassung

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Die Angaben in diesem Antrag werden aufgrund §§ 90 Abs. 3 und 4 und 97 a SGB VIII sowie § 60 SGB I erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen benötigt. Personbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. Sie können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

1. Für das Kind

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: (Straße, PLZ, Ort) _____

Einrichtungsträger: _____

Kindertageseinrichtung: _____

beantrage/n ich/wir ab: _____

die Übernahme des Kostenbeitrages in Höhe von monatlich: _____

für eine Betreuungszeit von täglich (Anzahl Betreuungsstunden): _____

Das o. g. Kind ist ein Pflegekind.

ja **nein**
wenn **ja**, dann weiter bei **Punkt 7.**

Das o. g. Kind wird im Wechselmodell betreut:

ja **nein**
wenn **ja**, kann jeweils nur die Hälfte des Kostenbeitrages von je einem Elternteil beantragt werden.

Nicht ausgefüllte Felder gelten als nicht zutreffend!

2. Antragstellerin/Antragsteller

*Lebt ein Kind vor Antragstellung nur mit einem Elternteil zusammen, sind über den nicht im Haushalt lebenden Elternteil keine Angaben zu machen.

Inhaber elterliche Sorge: **Mutter*** **Vater*** **andere Person**

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (freiwillige Angabe): _____

Es wurden für das o. g. Kind Kinderbetreuungskosten bei anderen Behörden/Stellen:

<input type="checkbox"/> im Zusammenhang mit der Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> gewährt
<input type="checkbox"/> für den Zeitraum einer Maßnahme der Agentur für Arbeit durch den Träger einer Maßnahme	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> erstattet <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vom Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> erstattet	
<input type="checkbox"/> bei/von Anderen	<input type="checkbox"/> erstattet	
	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> erstattet

Zeitraum: von _____ bis _____
 in Höhe von monatlich: _____, _____ €

nein

3. Beziehen Sie Leistungen aufgrund einer im Folgenden genannten gesetzlichen Grundlage bzw. eine der folgenden Sozialleistungen ?

<input type="checkbox"/> SGB II BG-Nr.: _____	Bescheiddatum: _____
Bewilligungszeitraum: von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> SGB XII Aktenzeichen: _____	Bescheiddatum: _____
Bewilligungszeitraum: von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> AsylbLG Aktenzeichen: _____	Bescheiddatum: _____
Bewilligungszeitraum: von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> Wohngeld Aktenzeichen: _____ <i>(ab August 2019)</i>	Bescheiddatum: _____
Bewilligungszeitraum: von _____	bis _____
<input type="checkbox"/> Kinderzuschlag KG.-Nr.: _____ <i>(ab August 2019)</i>	Bescheiddatum: _____
Bewilligungszeitraum: von _____	bis _____

Wenn Sie eine der vorgenannten Leistungen beziehen, dann weiter im Punkt 7. Wenn nein, weiter im Punkt 4.

4. Einkommen (§ 82 SGB XII) - Angaben in EUR, Cent

	Mutter*	Vater*	Kind <small>(welches die Einrichtung besucht)</small>
- monatliches gesetzliches Nettoeinkommen: <small>(mindestens 3 aktuelle Einkommensnachweise)</small>	1. _____	_____	
	2. _____	_____	
	3. _____	_____	
	4. _____	_____	
	5. _____	_____	
	6. _____	_____	
<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld	_____	_____	
<input type="checkbox"/> sonstige Einmalzahlungen	_____	_____	
<input type="checkbox"/> Steuererstattungen/Rückzahlungen vom Finanzamt:	_____	_____	_____
- Einkommen aus selbständiger Arbeit:	_____	_____	

Mutter*

Vater*

Kind

(welches die Einrichtung besucht)

- andere Einkünfte:

<input type="checkbox"/>	Krankengeld:	_____	_____	
	Bescheid vom:	_____	_____	
	Bewilligungszeitraum:	_____	_____	
<input type="checkbox"/>	Renten/Pensionen:	_____	_____	_____
	Bescheid vom:	_____	_____	_____
	Bewilligungszeitraum:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	BAFöG:	_____	_____	
	Bescheid vom:	_____	_____	
	Bewilligungszeitraum:	_____	_____	
<input type="checkbox"/>	Berufsausbildungsbeihilfe:	_____	_____	
	Bescheid vom:	_____	_____	
	Bewilligungszeitraum:	_____	_____	
<input type="checkbox"/>	Arbeitslosengeld I:	_____	_____	
	Bescheid vom:	_____	_____	
	Bewilligungszeitraum:	_____	_____	
<input type="checkbox"/>	Mutterschaftsgeld:	_____	_____	
	Bescheid vom:	_____		
	Bewilligungszeitraum:	_____		
<input type="checkbox"/>	Elterngeld:	_____	_____	
	Bescheid vom:	_____		
	Bewilligungszeitraum:	_____		
<input type="checkbox"/>	Unterhalt:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Unterhaltsvorschuss:			_____
	Bescheid vom:	_____		
<input type="checkbox"/>	Kindergeld:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Vermietung u. Verpachtung:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Einnahmen aus Kapitalvermögen:	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	sonstige Einkommen:	_____	_____	_____

5. Notwendige Aufwendungen/Belastungen

die im Zusammenhang mit der Erbringung von Einkommen aus nichtselbständiger Arbeit stehen

Mutter*

Vater*

... für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte

(ab 2 Entfernungskilometer)

Entfernungskilometer:

günstigste Zeitkarte 2. Wagenklasse für öffentliches Verkehrsmittel:

Für eine Prüfung der Anerkennung Nutzung des privaten PKW zur Erreichung der Arbeitsstelle ist eine schriftliche, formlose Begründung - entsprechend den Hinweisen zur Antragstellung beizufügen.

Mutter*

Vater*

für Arbeitsmittel

Beiträge zu Berufsverbänden

notwendige Versicherungen:

Hausrat:

Privathaftpflicht:

Unfall ohne Prämienrückgewinnung:

Riesterrente:

bei Selbständigen:

zur Altersvorsorge abgeschlossene
Versicherung:

Krankenversicherung:

notwendige Mehraufwendungen infolge der Führung eines doppelten Haushaltes:

Kosten Unterbringung:
(Erbringung Nachweise –
höchstens 130,00 € monatlich)

Zuschuss vom Arbeitgeber:

Kosten für eine Familienheimfahrt
im Kalendermonat:
(Erbringung Nachweise –
günstigster Tarif, II. Klasse)

Unterhaltsberechtigten Personen außerhalb des Haushalts

Name, Vorname/n	Geburtsdatum	Ort der Unterbringung	Grad der Verwandtschaft	Höhe der Unterhaltszahlung
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

6. Einkommensgrenze: (§ 85 SGB XII)

Weitere Personen im Haushalt des Antragstellers/der Antragsteller

Name, Vorname	Geburtsdatum	Einkommen (ja/nein)**	wird diese Person überwiegend vom Antragsteller unterhalten (ja/nein)***	Grad der Verwandtschaft zum Kind, für welches der Antrag gestellt wird
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

** erforderlich zur Berechnung der anteiligen Unterkunftskosten gemäß § 85 Abs. 1 Ziffer 2 SGB XII

*** erforderlich zur Berechnung des Familienzuschlages gemäß § 85 Abs. 1 Ziffer 3 SGB XII

Besondere Belastungen - nach § 87 SGB XII werden geltend gemacht: ja nein

Angaben zur Höhe und Dauer der monatlichen Belastung und Begründung auf Seite 6 des Antrages.

Kosten der Unterkunft (Kosten für Strom und Heizung werden **nicht** berücksichtigt) - Angaben in EUR, Cent -
bei Mietverhältnis

Nettokaltmiete: _____ , _____

Vorauszahlung Betriebskosten
abzüglich Stellplatz: _____ , _____

Wasser/Abwasser: _____ , _____

sonstiges: _____ , _____

Wohngeld wurde beantragt ja, am: _____ nein

Bescheid vom: _____ Bewilligungszeitraum: _____

in Höhe von monatlich: _____ , _____

bei Wohneigentum (Kosten für Strom und Heizung werden nicht berücksichtigt) - Angaben in EUR, Cent -

Hypotheken-Zinsen: _____ , _____

Hauslasten, wie

Grundsteuer: _____ , _____

Schornsteinfeger: _____ , _____

Müllgebühren: _____ , _____

Wasser/Abwasser: _____ , _____

Wohngebäudeversicherung: _____ , _____

sonstiges: _____ , _____

Lastenzuschuss: wurde beantragt ja, am: _____ nein

Bescheid vom: _____ Bewilligungszeitraum: _____

in Höhe von monatlich: _____ , _____

7. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers/der Antragsteller

Ich/wir versichere/versichern hiermit, dass vorstehende Angaben in allen Punkten wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Es ist mir/uns bekannt, dass wissentlich falsche Angaben oder das Verschweigen von rechtserheblichen Tatsachen im Sinne des § 263 StGB strafbar sind und verfolgt werden können.

Es ist mir/uns weiterhin bekannt, dass zu Unrecht erbrachte Leistungen gemäß § 50 SGB XI zu erstatten sind.

Ich verpflichte mich/wir verpflichten uns, jede Änderungen in den persönlichen, familiären oder wirtschaftlichen Verhältnissen, insbesondere auch Umzüge, Änderung der Betreuungszeit, Änderung des Elternbeitrages, Wechsel oder Abmeldung von der Einrichtung gemäß § 60 Abs. 1, Ziffer 1; § 66 Abs. 1 und 3; § 67 SGB I; § 97a Abs. 1, 3 bis 5 SGB VIII dem Jugendamt unverzüglich mitzuteilen.

Mir/uns ist bekannt, dass bei fehlender Mitwirkung der Leistungsträger gemäß § 66 SGB I die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkungspflicht ganz oder teilweise versagen kann.

Mit der direkten Überweisung einer eventuell gewährten Leistung an den Träger der Kindertageseinrichtung besteht Einverständnis.

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihr Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben aufgrund des § 90 SGB VIII in Verbindung mit §§ 61 bis 64 SGB VIII erhoben und verarbeitet. Gemäß § 60 SGB I erteile/n ich/wir dem Jugendamt der Stadt Dessau-Roßlau die Genehmigung, erforderliche Auskünfte durch Dritte, die zur Bearbeitung des Antrages notwendig sind, einzuholen. Dritte in diesem Sinne sind die Träger der Kindertageseinrichtungen, die Sozialhilfeträger und Sozialversicherungsträger.

Datum - Unterschrift Mutter*

Datum - Unterschrift Vater*

Besondere Belastungen gemäß § 87 SGB VIII:

Höhe der monatlichen Belastung	Grund	von	bis

Nachweise sind beizufügen.

Prüfvermerk des Jugendamtes:

Antrag ist vollständig: ja nein

Fehlende Unterlagen sind vorzulegen bis zum: _____

Unterschrift Jugendamt