

## Eingangsvermerk der Behörde

Eingangsdatum, Handzeichen

Bitte in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

**Den Antrag senden Sie bitte an:**

**Dienststelle Heiligenstadt:**

Ägidienstraße 24,  
37308 Heilbad Heiligenstadt  
Telefon: 03606 - 650 0  
Fax: 03606 - 650 9065

**Dienststelle Worbis:**

Friedensplatz 1,  
37339 Leinefelde-Worbis  
Telefon: 036074 - 650 0  
Fax: 036074 - 650 9066

Landkreis Eichsfeld  
Jugendamt  
Friedensplatz 8

**37308 Heilbad Heiligenstadt**

## Antrag

auf Übernahme von Teilnahmebeiträgen  
für Tageseinrichtungen  
gemäß § 90 Abs. 3 SGB VIII

**Erstantrag** ab \_\_\_\_\_

**Wiederholungsantrag** ab \_\_\_\_\_

### I. Angaben zum Antrag

Name, Vorname des Antragstellers:	<b>Halbtagsbetreuung</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Ganztagsbetreuung</b> <input type="checkbox"/>

1. Kinder, für die die Übernahme beantragt wird:	Anschrift (Aufenthalt)	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Einschulung voraussichtlich
1.			<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	
2.			<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	
3.			<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	

2. Eltern der Kinder	Mutter/ Lebenspartnerin	Vater/Lebenspartner
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden
Anschrift		
Arbeitgeber (Bitte Dienstort / Arbeitsstätte angeben)		
Umschulungsmaßnahme des Arbeitsamtes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von – bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von – bis _____

**37308 Heilbad Heiligenstadt**  
**Friedensplatz 8**  
Telefon: 03606 / 650 0  
Telefax: 03606 / 650 9000

**Sprechzeiten:**

Mo, Di, Fr.: 08:30 - 12:00 Uhr  
Do: 08:30 - 12:00 Uhr  
13:30 - 17:00 Uhr

**Bankverbindung/Steuernummer:**

Kreissparkasse Eichsfeld  
BLZ: 820 570 70  
Konto-Nr.: 20 000 3631

USt-IdNr.: DE186226472  
BIC: HELADEF1EIC  
IBAN: DE70820570700200003631

<b>2.1. Einkommen</b>	<b>Mutter/Lebenspartnerin</b>	<b>Vater/Lebenspartner</b>
Einkommen mtl. netto mit Weihnachts- u. Urlaubsgeld	€	€
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> ALG I <input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> ALG II <input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld <input type="checkbox"/> Rente	€	€
<input type="checkbox"/> Kindergeld <input type="checkbox"/> Zuschlag zum Kindergeld	€	€
<input type="checkbox"/> Kindesunterhalt <input type="checkbox"/> Ehegattenunterhalt	€	€
<input type="checkbox"/> BAföG <input type="checkbox"/> BAB <input type="checkbox"/> Ausbildungsvergütung	€	€
<input type="checkbox"/> Erziehungsgeld <input type="checkbox"/> Elterngeld	bis _____ €	bis _____ €
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen	€	€
Steuererstattung / Steuernachzahlung	€	€
<input type="checkbox"/> Nebenverdienst / "1-€-Job"	€	€

<b>2.2. Berufsbedingte Aufwendungen</b>	<b>Mutter/Lebenspartnerin</b>	<b>Vater/Lebenspartner</b>
für Arbeitsmittel	€	€
einfache Wegstrecke zur Arbeit (Bestätigung vom Arbeitgeber)	km	km
Gewerkschaftsbeiträge	€	€

<b>2.3. Versicherungen</b>	<b>Mutter/Lebenspartnerin</b>	<b>Vater/Lebenspartner</b>
Private Krankenversicherung (Beamte, Selbstständige)	€	€
Unfallversicherung (nur bei Erwerbstätigkeit)	€	€
Hausratversicherung	€	€
Haftpflichtversicherung	€	€
Risiko-Lebensversicherung	€	€
Berufsunfähigkeitsversicherung	€	€
Altersvorsorgeaufwendungen (Rentenversicherungen, Riesterrete, usw.)	€	€

Vorsorgeaufwendungen können höchstens in Höhe von 3 % des Nettoeinkommens berücksichtigt werden. Beiträge für die Altersvorsorge können nur in Höhe von 4 % des Bruttolohns anerkannt werden.

**37308 Heilbad Heiligenstadt**  
Friedensplatz 8  
Telefon: 03606 / 650 0  
Telefax: 03606 / 650 9000

**Sprechzeiten:**  
Mo, Di, Fr.: 08:30 - 12:00 Uhr  
Do: 08:30 - 12:00 Uhr  
13:30 - 17:00 Uhr

**Bankverbindung/Steuernummer:**  
Kreissparkasse Eichsfeld  
BLZ: 820 570 70  
Konto-Nr.: 20 000 3631

USt-IdNr.: DE186226472  
BIC: HELADEF1EIC  
IBAN: DE70820570700200003631

2.4 Unterkunftskosten	
Miete:	Kaltmiete _____ € Betriebskosten _____ € (ohne Heiz- und Warmwasserkosten sowie Stellplatzgebühren)
Eigenheimbelastungen: siehe Informationsblatt	
Wohngeld / Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/> nein _____ <input type="checkbox"/> beantragt, in Bearbeitung <input type="checkbox"/> ja, Höhe des Zuschusses _____ €

2.5 Besondere Belastungen				
2.5.1 Schuldverpflichtungen (Vorlage der Verträge bzw. Ratenzahlungen und Zahlungsnachweise)				
Gläubiger:				
Aufnahmezweck:				
Monatsrate:	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

2.5.2 Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens (Familienheimfahrt vom Zweitwohnsitz, an dem sich die Arbeitsstätte befindet; Mietaufwendungen für Zweitwohnsitz, etc.)	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: _____ € monatlich, durch	

3. Weitere Personen im Haushalt (z.B. Kinder, Großeltern,...)			
	Name, Vorname	Geburtsdatum	Einkommen monatlich
1.			_____ €
2.			_____ €
3.			_____ €

4. Kinder, die außerhalb des Haushalts leben und für die Unterhalt zu zahlen ist		
	Name, Vorname	Unterhalt monatlich
1.		_____ €
2.		_____ €

## II. ERKLÄRUNG

Ich versichere hiermit, die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und verpflichte mich, jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht gemäß §§ 60 ff SGB I dem Jugendamt unverzüglich anzuzeigen. Gleichzeitig bin ich damit einverstanden, dass Auskünfte bzw. Unterlagen bei anderen Sozialleistungsträgern, der Unterhaltsvorschuss- und der Elterngeldstelle eingeholt werden können. Des Weiteren erteile ich meine Einwilligung, dass ein gewährter Zuschuss direkt dem Träger der Kindertagesstätte überwiesen wird.

.....  
DATUM

.....  
UNTERSCHRIFT

**37308 Heilbad Heiligenstadt**  
Friedensplatz 8  
Telefon: 03606 / 650 0  
Telefax: 03606 / 650 9000

**Sprechzeiten:**  
Mo, Di, Fr.: 08:30 - 12:00 Uhr  
Do: 08:30 - 12:00 Uhr  
13:30 - 17:00 Uhr

**Bankverbindung/Steuernummer:**  
Kreissparkasse Eichsfeld  
BLZ: 820 570 70  
Konto-Nr.: 20 000 3631

USt-IdNr.: DE186226472  
BIC: HELADEF1EIC  
IBAN: DE70820570700200003631

# Informationsblatt

zur Übernahme des Teilnahmebeitrages für Kindertagesstätten gemäß § 90 Abs. 3 SGB VIII

Für die Beantragung sind folgende Unterlagen **in Kopie** einzureichen:

- Geburtsurkunde des/der Kindes/r für das/die die Übernahme beantragt wird

## EINKOMMENSNACHWEISE

- Steuerbescheid des letzten Jahres
- Verdienstabrechnungen der letzten 6 Monate
- Bescheide über Arbeitslosengeld / ALG II / Unterhaltsgeld / Krankengeld / Sozialhilfe / Renten (z. B. Witwenrente / Halbwaisenrente / EU-Rente / Unfallrente etc.)
- Bescheide über BAföG oder BAB
- Berufsausbildungsvertrag einschl. Verdienstabrechnungen
- Nachweis über Kindergeld (Kontoauszug) bzw. Zuschlag zum Kindergeld
- Nachweis über Kindesunterhalt (aktueller Kontoauszug) bzw. Bescheid über Unterhaltsvorschuss
- Vereinbarung über Ehegattenunterhalt
- Erziehungsgeldbescheid / Elterngeldbescheid
- Wohngeldbescheid bzw. Bescheid über Lastenzuschuss
- Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen

## BELASTUNGEN

- Berufsbedingte Aufwendungen (Fahrkosten zur Arbeit, Arbeitsmittel, Gewerkschaftsbeiträge)
- Versicherungsbeiträge (Policen): private Krankenversicherung, Hausrat, Private Haftpflicht, Risikolebensversicherung, Unfallversicherung (bei Erwerbstätigkeit), Altersvorsorge (Rentenversicherungen)
- Unterhaltszahlungen an Dritte (Unterhaltstitel, aktueller Kontoauszug), Schulgeld (Kontoauszug, Schulbescheinigung, Schulvertrag)
- Besondere Belastungen (Schuldverpflichtungen, besondere finanzielle und sonstige Belastungen)
- Nachweis über Familienheimfahrten bei einem arbeitsbedingten Zeitwohnsitz

## UNTERKUNFTSKOSTEN:

- Mietvertrag (Kaltmiete und Betriebskosten) bzw. letzte Betriebskostenabrechnung
- Eigenheimbelastungen
  - Schuldzinsen für das Eigenheim (Einsichtnahme in Kreditverträge und Jahreskontoauszug des letzten Jahres)
  - Gebührenbescheide über: Wasser und Abwasser, Abfallgebühren, Grundsteuern, Gebäudeversicherung, Schornsteinfegerreinigung

# Bestätigung

Hiermit wird bescheinigt, dass das Kind / die Kinder

1. .... , geboren am .....
2. .... , geboren am .....
3. .... , geboren am .....
4. .... , geboren am .....

unsere Kindereinrichtung: .....

ab dem: ..... ganztags / halbtags bis voraussichtlich: ..... (Schulbeginn)  
besucht / besuchen.

## Kinder von 0 bis 2 Jahren

	<b>1. Kind</b>	<b>2. Kind</b>	<b>3. Kind</b>	<b>4. Kind</b>
Teilnahmebetrag je Kind <b>bis 5 Stunden</b> täglich				
Teilnahmebetrag je Kind <b>ab 5 bis 8 Stunden</b> täglich				
Teilnahmebetrag je Kind <b>ab 8 Stunden</b> täglich				

## Kinder von 2 - 3 Jahren (nicht für jede Einrichtung relevant)

	<b>1. Kind</b>	<b>2. Kind</b>	<b>3. Kind</b>	<b>4. Kind</b>
Teilnahmebetrag je Kind <b>bis 5 Stunden</b> täglich				
Teilnahmebetrag je Kind <b>ab 5 bis 8 Stunden</b> täglich				
Teilnahmebetrag je Kind <b>ab 8 Stunden</b> täglich				

## Kinder ab 2 bzw. ab 3 Jahren

	<b>1. Kind</b>	<b>2. Kind</b>	<b>3. Kind</b>	<b>4. Kind</b>
Teilnahmebetrag je Kind <b>bis 5 Stunden</b> täglich				
Teilnahmebetrag je Kind <b>ab 5 bis 8 Stunden</b> täglich				
Teilnahmebetrag je Kind <b>ab 8 Stunden</b> täglich				

.....  
Datum und Unterschrift der Leiterin / Stempel