

STADT Celle  
 Fachdienst Kindertagesstätten, Tagesbetreuung  
 Am Französischen Garten 3  
 29221 Celle

## **Antrag auf Übernahme des Kostenbeitrages in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege (§ 90 Sozialgesetzbuch VIII)**

**Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an.** Die unten genannten Daten werden zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen benötigt. Die Angaben sind freiwillig. **Sollten Sie die Angaben sowie die entsprechenden Belege ganz oder teilweise verweigern, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden und wird abgelehnt.**

Bezeichnung der Einrichtung/ Tagespflegestelle			
Ihr Name, Vorname und Anschrift (in Celle)			
berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein selbständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	alleinerziehend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefon (beruflich)	Telefon (privat)

**In meinem Haushalt leben außer mir folgende Personen:**

Name	Vorname	Geburtsdatum	berufstätig
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Die Kinder besuchen folgende Einrichtung/ Tagespflegestelle:**

1.	<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> 3/4 Betreuung <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Hort	seit/ ab
2.	<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> 3/4 Betreuung <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Hort	seit/ ab
3.	<input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> 3/4 Betreuung <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Hort	seit/ ab

**Wirtschaftliche Verhältnisse:**

Ich/Wir beziehe/n **Sozialhilfe bzw. Leistungen nach dem SGB II von der Bundesagentur für Arbeit** und **erhalte Kinderbetreuungskosten**  ja  nein (bitte schriftlich nachweisen!)

Ich/Wir beziehe/n **Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz von der Stadt Celle.**

(Weitere Angaben zu den wirtschaftlichen Verhältnissen sind in diesen Fällen nicht notwendig.)

**Bitte legen Sie den kompletten Bescheid der Bundesagentur für Arbeit, des Landkreises bzw. der Stadt Celle vor!**

**I. Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin sowie des/der (Ehe-)Partner(s)/in**

	Antragsteller/in Betrag in Euro	(Ehe-)Partner/in Betrag in Euro
<b>Nettoeinkommen</b> (bitte die letzten 2-3 Abrechnungen einreichen)		
<b>Urlaubsgeld</b>		
<b>Weihnachtsgeld</b>		
<b>Sonstige einmalige Einnahmen</b>		
<b>Wohngeld</b> (bitte den Bescheid des Landkreises einreichen)		
<b>Kindergeld/Kindergeldzuschlag</b> (bitte den jeweiligen Bescheid einreichen)		
<b>Elterngeld</b>		
<b>Unterhalt/Unterhaltsvorschuss</b>		
<b>Renten</b>		
<b>Sonstige Einkünfte</b> z.B. aus Vermietung, Bafög, BAB, ALG I		
<b>Gewinn- und Verlustberechnung u./o. Einkommenssteuerbescheid</b> bei Selbständigkeit		

**II. Laufende monatliche Ausgaben**

**1. Kosten der Unterkunft**

<b>Kaltniete und Nebenkosten</b> (ohne Strom und Heizung (bitte Mietvertrag einreichen)		
<b>Eigenheim-Belastung (nur Zinsen)</b> (bitte jährliche Zinsbelastung nachweisen)		
<b>Gebäudeversicherung</b>		
<b>Straßenreinigungsgebühren</b>		
<b>Müllabfuhrgebühren</b>		
<b>Schornsteinfegergebühren</b>		
<b>Wasser/Abwasser</b>		
<b>Grundsteuer</b>		

**2. Sonstige Belastungen**

<b>Private Kranken- und Rentenversicherung</b>		
<b>Hausratversicherung</b>		
<b>Private Haftpflichtversicherung</b>		
<b>Altersvorsorgebeiträge (Riester oder Rürup)</b>		
<b>Gesetzliche KFZ-Haftpflichtversicherung, KFZ-Steuer-Bescheid und Anschrift des Arbeitgebers ( zur Berechnung der KM-Pauschale)</b>		
<b>Unterhaltszahlung an Dritte –tatsächlich gezahlt-</b>		
<b>Beitrag für Berufsverbände</b>		
<b>Sonstige Belastungen</b>		

**Es sind bitte jeweils entsprechende Nachweise beizufügen, ansonsten kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden!**

Ich versichere/Wir versichern hiermit, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und fügen entsprechende Nachweise bei.

---

Datum, Unterschrift

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Träger der Einrichtung (KITA oder HORT) eine Durchschrift der Entscheidung erhält.

---

Datum, Unterschrift