

Stadtverwaltung Villingen-Schwenningen
 Amt für Jugend, Bildung, Integration und Sport
 Abteilung Kindertagesbetreuung
 Josefs-gasse 7
 78050 Villingen-Schwenningen
 E-Mail: ktb-verwaltung@villingen-schwenningen.de

**Beginn der neuen
 Kindertagespflege**
 (Erster Betreuungstag):

Antrag Wechsel der Kindertagespflegestelle
 Förderung in der Kindertagespflege nach § 23 SGB VIII

Angaben zum Kind

| | |
|---------------------------|--|
| Name, Vorname des Kindes: | |
| Geburtsdatum: | |
| Adresse: | |

Angaben zu den Eltern des Kindes (Antragsteller/in)

| | Mutter des Kindes: | Vater des Kindes: |
|-----------------|--------------------|-------------------|
| Name, Vorname: | | |
| Adresse: | | |
| Telefon: | | |
| E-Mail-Adresse: | | |

Kindergeldberechtigte Kinder:

| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
|-------|----------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| Aktuelle Kindertagespflegeperson | Neue Kindertagespflegeperson |
|---|-------------------------------------|
| Einrichtung: | Einrichtung: |
| Name: | Name: |

Ich/wir bestätige(n), dass wir die aktuelle Kindertagespflege gekündigt haben.

Erklärung:

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig.

Wir bitten Sie, uns über folgende Änderungen zeitnah zu informieren, z. B. Wohnortwechsel, Geschwisterkinder, Veränderungen der familiären Verhältnisse, Änderungen, die zu einer neuen Einstufung der Gebühren führen können oder Änderung der Telefonnummer oder E-Mail Adresse.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Name des Kindes: _____

Anlage 1: Vereinbarte Betreuungszeiten

| | |
|-------------------------------------|--|
| Tagespflegestelle: | |
| Zuständige Kindertagespflegeperson: | |

Vereinbarte Betreuungszeiten ab _____

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|-------------------------------------|--------|----------|----------|------------|---------|---------|---------|
| Beginn | | | | | | | |
| Ende | | | | | | | |
| Std. / Tag | | | | | | | |
| Std. / Woche | | | | | | | |
| Std. / Monat (Stunden/ Woche x 4,3) | | | | | | | |

Hiermit bestätigen wir, dass die Betreuungszeiten im oben aufgeführten Umfang gemeinschaftlich abgesprachen sind.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Unterschrift der Tagespflegeperson

Wird von Abteilung Kindertagesbetreuung ausgefüllt.

Der Betreuungsumfang

- umfasst **max. 6 Stunden pro Tag bzw. 129 Stunden im Monat**, d.h. er entspricht dem Rechtsanspruch für Kinder vom ersten bis zum dritten Lebensjahr gem. § 24 Abs. 3 SGB VIII.
- umfasst **mehr als 6 Stunden pro Tag bzw. 129 Stunden im Monat**, d.h. er entspricht NICHT dem Rechtsanspruch für Kinder vom ersten bis zum dritten Lebensjahr gem. § 24 Abs. 3 SGB VIII.
Oder das Kind wird außerhalb des Rechtsanspruchs oder ergänzend zu einem anderen Betreuungsarrangement von der Kindertagespflegeperson betreut.

Name des Kindes: _____

Anlage 2: Arbeitszeitbestätigung Personensorgeberechtigte/r

Hiermit bestätigen wir, dass Frau / Herr _____

seit / ab dem _____ zu folgenden Arbeitszeiten bei uns beschäftigt ist / wird.

Die wöchentliche Arbeitszeit umfasst _____ Stunden.

selbstständig Arbeitgeber: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Angaben zu den Arbeitszeiten

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|--|--------|----------|----------|------------|---------|---------|---------|
| Beginn | | | | | | | |
| Ende | | | | | | | |
| Std. / Tag | | | | | | | |
| Angaben zu Schichtdienstzeiten: | | | | | | | |
| Angaben zu unregelmäßigen Arbeitszeiten: | | | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber, Stempel

Name des Kindes: _____

Anlage 2: Arbeitszeitbestätigung Personensorgeberechtigte/r

Hiermit bestätigen wir, dass Frau / Herr _____

seit / ab dem _____ zu folgenden Arbeitszeiten bei uns beschäftigt ist / wird.

Die wöchentliche Arbeitszeit umfasst _____ Stunden.

selbstständig Arbeitgeber: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Angaben zu den Arbeitszeiten

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|--|--------|----------|----------|------------|---------|---------|---------|
| Beginn | | | | | | | |
| Ende | | | | | | | |
| Std. / Tag | | | | | | | |
| Angaben zu Schichtdienstzeiten: | | | | | | | |
| Angaben zu unregelmäßigen Arbeitszeiten: | | | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber, Stempel