

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](mailto:ktb-verwaltung@villingen-schwenningen.de)

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

\_\_\_\_\_

### Antrag auf Gewährung von Förderung von Kindern in Kindertagespflege § 23 SGB VIII (KJHG)

Ich beantrage/Wir beantragen Hilfe zur Förderung gem. § 23 SGB VIII in Form von Kindertagespflege für

#### Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> EU-Bürger <input type="checkbox"/> Nicht EU-Bürger <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel/Duldung liegt vor <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel/Duldung wird nachgereicht

#### Angaben zu den Eltern des Kindes (Antragsteller/in)

	Mutter des Kindes:	Vater des Kindes:
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse:		
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> EU-Bürger <input type="checkbox"/> Nicht EU-Bürger <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel/ Duldung liegt vor <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel/ Duldung wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> EU-Bürger <input type="checkbox"/> Nicht EU-Bürger <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel/ Duldung liegt vor <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel/ Duldung wird nachgereicht
Telefon:		
E-Mail-Adresse:		

**Weitere Kindergeldberechtigte Kinder:**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung und die ärztliche Impfberatung**

- Nachweis liegt vor (Anlage 3)  
 Nachweis wird nachgereicht

**Aufenthalt des Kindes:**

- Mutter  
 Vater  
 Bei beiden Elternteilen  
 Sonstige: Name: \_\_\_\_\_

**Elterliche Sorge:**

- Mutter  
 Vater  
 Gemeinsames Sorgerecht  
 Sonstige: Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

- Nachweis der elterlichen Sorge liegt vor  
 Nachweis der elterlichen Sorge wird nachgereicht  
 Kein Nachweis erforderlich, da wir verheiratet sind

**Andere Betreuungsformen:**

Das Kind besucht

- keine andere Betreuung  
 folgende Einrichtung der Kinderbetreuung (z.B. Krippe, Kindertagesstätte, Hort):  
\_\_\_\_\_

- ein weiteres Tagespflegeverhältnis  
 folgende Schule: \_\_\_\_\_

Es handelt sich um eine Ganztagschule:  ja  nein

**Bei Zuzug der Familie**





Haben Sie bereits Leistungen vom einem bisher zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe (Jugendamt) erhalten?

- nein  
 ja Wann war der Leistungszeitraum? \_\_\_\_\_  
zuständigen Träger der öffentlichen  
Jugendhilfe (Jugendamt) \_\_\_\_\_

## Einkommenseinstufung für die Gebührenfestsetzung:

Ich bin/wir sind im Besitz eines aktuell gültigen **Sozialpasses** der Stadt Villingen-Schwenningen (keine weiteren Einkommensauskünfte notwendig, Kopie des Sozialpasses bitte beigelegen)

Bitte berechnen Sie Ihr Einkommen entsprechend der Berechnungshilfe Einkommensberechnung im Informationsblatt zur Kindertagespflege und stufen Sie sich in den korrekten Tarif ein.

Familiennettoeinkommen				
Bitte ankreuzen	Familie mit einem Kind 	Familie mit zwei Kindern 	Familie mit drei Kindern 	Familie mit vier & mehr Kindern 
<input type="checkbox"/> Ermäßigungsstufe	Nettoeinkommen mtl. <u>unter</u> 2.760 €	Nettoeinkommen mtl. <u>unter</u> 3.289 €	Nettoeinkommen mtl. <u>unter</u> 3.818 €	Nettoeinkommen mtl. <u>unter</u> 4.349 €
<input type="checkbox"/> Standardtarif	Nettoeinkommen mtl. zw. 2.760 € und 5.060 €	Nettoeinkommen mtl. zw. 3.289 € und 6.030 €	Nettoeinkommen mtl. zw. 3.818 € und 7.000 €	Nettoeinkommen mtl. zw. 4.349 € und 7.973 €
<input type="checkbox"/> Erhöhungsstufe	Nettoeinkommen mtl. <u>über</u> 5.060 €	Nettoeinkommen mtl. <u>über</u> 6.030 €	Nettoeinkommen mtl. <u>über</u> 7.000 €	Nettoeinkommen mtl. <u>über</u> 7.973 €

### Erklärung:

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig.

**Änderungen**, der im Antrag gemachten Angaben, werde ich/werden wir der Abteilung Kindertagesbetreuung **unverzüglich mitteilen**. Es ist bekannt, dass falsche und unvollständige Angaben sowie die Unterlassung von Änderungsmitteilungen zur Folge haben können, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Mir/Uns ist bekannt, dass eine Benutzungsgebühr für die Betreuung in der Kindertagespflege anfällt.

Des Weiteren habe ich/haben wir das Informationsblatt zur Kindertagespflege und zum Datenschutz erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre mich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass das Amt für Jugend, Bildung, Integration und Sport personenbezogene Daten erhebt, verarbeitet und weitergibt. Es bestehen regelmäßige Kontakte zu den Kindertagespflegepersonen.

Ich stimme/Wir stimmen zu, dass die Abteilung Kindertagesbetreuung benötigte Auskünfte von Dritten einholen kann.

Ich versichere/Wir versichern, dass ich/wir alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe(n).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

**Der Antrag kann nur bei Vorlage sämtlicher erforderlicher Nachweise und Unterlagen sowie der Unterschrift der Personensorgeberechtigten abschließend bearbeitet werden.**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

**Anlage 1: Vereinbarte Betreuungszeiten**

Kindertagespflegestelle:	
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 verbindlich vereinbart wurden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Kindertagespflegeperson

**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.  
Das Kind wird über den Rechtsanspruch hinaus oder ergänzend zu einem anderen Betreuungsarrangement von der Kindertagespflegeperson betreut.

**Anlage 2:  
Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung und die ärztliche Impfberatung**

nach den Richtlinien des Sozialministeriums und des Kultusministeriums über die ärztliche Untersuchung nach § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes und die ärztliche Impfberatung nach § 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes

Das Kind

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

wurde am \_\_\_\_\_

von mir auf Grund des § 4 Kindertagesbetreuungsgesetzes und der oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung ärztlich untersucht.

Gegen die Aufnahme des Kindes in der Kindertagesstätte/Kindertagespflege bestehen, soweit sich nach der Durchführung der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchung U \_\_ erkennen lässt,

- keine medizinischen Bedenken       medizinische Bedenken
- Das Kind ist gesundheitlich beeinträchtigt. Die Voraussetzungen für die Aufnahme des Kindes in einer Kindertagesstätte oder in der Kindertagespflege werden mit den Personensorgeberechtigten und Fachkräften der Kindertagesstätte oder der Tagespflegeperson geklärt, sofern die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch die Personensorgeberechtigten vorliegt.  
Das Untersuchungsergebnis ist den Personensorgeberechtigten mitgeteilt worden.
- Die ärztliche Impfberatung nach § 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes und der oben genannten Richtlinien über die ärztliche Untersuchung und Impfberatung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen und nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommmission ausreichenden Impfschutz des Kindes wurde von mir durchgeführt.
- Gem. § 20 Absatz 9 IfSG besteht ein altersgemäß ausreichender Masernimpfschutz. Kinder, die mindestens ein Jahr alt sind, müssen eine Masernschutzimpfung aufweisen. Kinder, die mindestens zwei Jahre alt sind, müssen mindestens zwei Masernschutzimpfungen vorweisen.

Datum 1. Impfung: \_\_\_\_\_ Datum 2. Impfung: \_\_\_\_\_

- Bei dem Kind liegt eine Immunität gegen Masern vor.
- Bei dem Kind liegt eine Kontraindikation gegen eine Masernschutzimpfung vor.
  - befristet bis \_\_\_\_\_
  - dauerhaft

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an: zentrale-vormerkung@villingen-schwenningen.de

**Nur ausfüllen, wenn:**

- das Kind unter einem Jahr alt ist
- das Kind mehr als 129 Stunden monatlich betreut wird
- ergänzend zu anderen Betreuungsformen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

**Anlage 3: 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

**Nur ausfüllen, wenn:**

- das Kind unter einem Jahr alt ist
- das Kind mehr als 129 Stunden monatlich betreut wird
- ergänzend zu anderen Betreuungsformen

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Anlage 3: 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