

# VERBANDSGEMEINDE LIEBENWERDA

Die Verbandsgemeindebürgermeisterin

## Antrag auf Feststellung des Rechtsanspruchs nach § 1 KitaG Bbg

### 1. Angaben zum Kind, für welches der Rechtsanspruch festgestellt werden soll

Familienname:			
Vorname:			
Geburtsdatum:		Klassenstufe:	

### 2. Ab wann benötigt das Kind diese Betreuung?

Datum:	
--------	--

### 3. Angaben der Personensorgeberechtigten

Bitte Zutreffendes ankreuzen:	<input type="checkbox"/> leibliche Mutter	<input type="checkbox"/> leiblicher Vater
	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerin des Vaters	<input type="checkbox"/> Lebenspartner der Mutter
	<input type="checkbox"/> Pflegemutter	<input type="checkbox"/> Pflegevater
nur wenn zutreffend ankreuzen:	<input type="checkbox"/> ich bin alleinerziehend	<input type="checkbox"/> ich bin alleinerziehend
Name:		
Vorname:		
Wohnanschrift:		

### 4. Kenntnisnahme der Einrichtung

Stempel der Einrichtung	Datum / Unterschrift

Benötigter Umfang der Betreuung des Kindes: \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag\*

\* Bei einem Betreuungsbedarf von:

- **mehr als 6 Stunden/Tag** in Krippe/Kita sowie **Kinder unter 1 Jahr**
- **mehr als 4 Stunden/Tag** im Hort und **Kinder, der 5. und 6. Klasse**  
dem Antrag bitte Nachweise beifügen, z.B. Arbeitgeber-Bescheinigung(en).

**Wo soll das Kind betreut werden (Name und Anschrift der Einrichtung bzw. Name der Tagespflegeperson)?**

---

---

**5. Bedarfsnachweis der Antragsteller:**

Dieses Anliegen wird begründet durch

- die familiäre Situation.
- die häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche.
- einen besonderen Erziehungsbedarf.
- die Erwerbstätigkeit.
- die Aus- und Fortbildung der Eltern.

<b>Begründung</b>
-------------------

**Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers:**

- Ich versichere / wir versichern, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir entsprechende Nachweise vorzulegen haben.  
Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir nur eine Tagesbetreuungsform für mein / unser Kind gleichzeitig in Anspruch nehmen kann / können (Tagespflege oder Kindertagesstätte).

---

Datum, Unterschrift  
Personensorgeberechtigte

---

Datum, Unterschrift  
Personensorgeberechtigter

**Bitte um Angabe einer Telefonnummer/E-Mail für evtl. Rückfragen:** \_\_\_\_\_

# VERBANDSGEMEINDE LIEBENWERDA

Die Verbandsgemeindebürgermeisterin

## Bescheinigung zum bedingten Rechtsanspruch zur Vorlage bei der Verbandsgemeinde Liebenwerda durch den Arbeitgeber, die Agentur für Arbeit, bzw. Schulungsinstitut auszufüllen

Dieser Nachweis ist erforderlich bei einem Betreuungsbedarf von mehr als 6 Std./Tag in Krippe/Kita, Kinder unter 1 Jahr und mehr als 4 Std./Tag im Hort und Kinder der 5. und 6. Klasse.

<b>1. Personensorgeberechtigter:</b> Name, Vorname:
Anschrift:

zutreffendes bitte ankreuzen	wöchentliche Arbeitszeit einschl. Pausenzeiten
<input type="checkbox"/> erwerbstätig seit ..... <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis .....	
<input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> wechselnder Einsatz innerhalb der Woche	
<input type="checkbox"/> Ausbildung/Fortbildung Zeitraum von ..... bis .....	
<input type="checkbox"/> häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche	
<input type="checkbox"/> selbstständig ( <input type="checkbox"/> Hauptgewerbe <input type="checkbox"/> Nebengewerbe)	

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Agentur für Arbeit oder Schulungsinstituts	Datum, Unterschrift, Stempel
--	------------------------------

Die **Fahrzeit hin und zurück** zum Arbeits-/ Bildungsort beträgt täglich: \_\_\_\_\_ Minuten/Stunden

✂ (bitte abtrennen) ✂

## Bescheinigung zum bedingten Rechtsanspruch zur Vorlage bei der Verbandsgemeinde Liebenwerda durch den Arbeitgeber, die Agentur für Arbeit, bzw. Schulungsinstitut auszufüllen

Dieser Nachweis ist erforderlich bei einem Betreuungsbedarf von mehr als 6 Std./Tag in Krippe/Kita, Kinder unter 1 Jahr und mehr als 4 Std./Tag im Hort und Kinder der 5. und 6. Klasse.

<b>2. Personensorgeberechtigter:</b> Name, Vorname:
Anschrift:

zutreffendes bitte ankreuzen	wöchentliche Arbeitszeit einschl. Pausenzeiten
<input type="checkbox"/> erwerbstätig seit ..... <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis .....	
<input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> wechselnder Einsatz innerhalb der Woche	
<input type="checkbox"/> Ausbildung/Fortbildung Zeitraum von ..... bis .....	
<input type="checkbox"/> häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche	
<input type="checkbox"/> selbstständig ( <input type="checkbox"/> Hauptgewerbe <input type="checkbox"/> Nebengewerbe)	

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Agentur für Arbeit oder Schulungsinstituts	Datum, Unterschrift, Stempel
--	------------------------------

Die **Fahrzeit hin und zurück** zum Arbeits-/ Bildungsort beträgt täglich: \_\_\_\_\_ Minuten/Stunden