

## Hinweis zum Antragsformular

### „Übernahme der Kosten für eine Tageseinrichtung“

Bitte den Antrag vollständig ausfüllen, unterschreiben und mit den erforderlichen Unterlagen persönlich oder per Post im Landratsamt Berchtesgadener Land einreichen.

**Anschrift:**

Landratsamt Berchtesgadener Land  
-Amt für Kinder, Jugend und Familien-  
Team Kindertageseinrichtungen  
Salzburger Straße 64  
83435 Bad Reichenhall

**Wenn Sie Ihren Antrag  
lieber persönlich abgeben wollen,  
bitten wir um  
vorherige telefonische Terminvereinbarung!**

**Bezüglich der Corona-Regelungen zum Besucher-  
verkehr verweisen wir auf die Hinweise auf unserer  
Homepage [www.lra-bgl.de](http://www.lra-bgl.de) !**

**Bitte lesen Sie die Hinweise zum Ausfüllen  
des Antrags sorgfältig durch!**



Geben Sie das Antragsformular bitte **vollständig ausgefüllt**  
(bei nicht zutreffenden Punkte bitte "nein" ankreuzen) und unterschrieben zurück an:

<p align="center"><b>LANDRATSAMT BERCHTESGADENER LAND</b> -Amt für Kinder, Jugend und Familien- Salzburger Straße 64 83435 Bad Reichenhall</p>	<p align="center"><b>Falls Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:</b></p>			
	<p align="center"><b>Wirtschaftliche Jugendhilfe Team Kindertageseinrichtungen</b></p>			
	Sachbearbeiter	Telefonnummer	Telefax	Aktenzeichen
	Frau Grobolschek	08651/773-462	08651/773-9462	AB 111.07
Herr Paiva	08651/773-416	08651/773-9416	AB 111.08	
Herr Fehre	08651/773-453	08651/773-9453	AB 111.03	

**Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Tageseinrichtung**  
**-vereinfacht-**

<p><b>gemäß §§ 90 Abs. 3 Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) Kinder- und Jugendhilfegesetz</b> (Die personenbezogenen Daten werden aufgrund § 90 SGB VIII und §§ 60, 65 SGB I erhoben!)</p>	<p><b>Bitte beachten Sie unsere allgemeinen Sprechzeiten:</b> Montag - Mittwoch 08:00 –14:00 Uhr Donnerstag 08:00 – 16:00 Uhr, Freitag 08:00 – 12:00 Uhr</p> <p><b>Eine Terminvereinbarung erspart Ihnen Wartezeiten, wir können Sie dann gezielter beraten!</b></p>
--	--

**1. Hiermit beantrage ich**

Name, Vorname des Antragstellers

**2. für mein Kind**

Name, Vorname			
Geburtsdatum und <b>Geburtsort</b>		<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	
Anschrift (falls abweichend vom Antragsteller)			
Staatsangehörigkeit(en)		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Bei meinem Kind liegt eine Behinderung  ab Geburt  seit \_\_\_\_\_ vor  
 → **Wenn Sie hier „Ja“ ankreuzen, ist die Vorlage des vollständigen Ärztlichen Gutachtens erforderlich!**  nein  ja

**3. die Teilnahmebeiträge in der Tageseinrichtung (Träger)**

Name der Kindertageseinrichtung	Anschrift der Kindertageseinrichtung		
ab dem Datum	mit einer Betreuungszeit von		
<i>Hinweis: Eine Antragstellung ist frühestens ab Beginn des aktuellen Tageseinrichtungsjahres möglich</i>		bis	Stunden täglich

**4. Informationen zur Mittagsverpflegung**

Beim Bezug folgender Leistungen sind die Mehraufwendungen für Mittagsverpflegung bei der zuständigen Stelle im Rahmen des Bildungspaketes zu beantragen. Die entsprechenden Antragsformulare erhalten Sie bei den zuständigen Stellen.

- Sozialgesetzbuch II (Arbeitslosengeld II) (Antragstellung beim zuständigen Jobcenter)
- und/oder Sozialgesetzbuch XII (Antragstellung bei der Bildung und Teilhabestelle im Landratsamt)
- und/oder Kinderzuschlag nach Bundeskindergeldgesetz (Antragstellung bei der Bildung und Teilhabestelle im Landratsamt)
- und/oder Wohngeld (Antragstellung bei der Bildung und Teilhabestelle im Landratsamt)

### 5. **Betreuungsgrund**

*Kinderkrippe*

Gesetzlicher Anspruch des Kindes (Kind ab dem 1. Lebensjahr, Betreuung bis zu 20 Std./Woche)

**ODER bei höherem Betreuungsumfang: die Betreuung des Kindes ist notwendig wegen**

Erwerbstätigkeit

Umschulung

Schule / Berufsausbildung / Studium

Sonstige Gründe

**BITTE GEEIGNETE NACHWEISE IN KOPIE BEIFÜGEN!**

*Kindergarten*

Gesetzlicher Anspruch des Kindes (Kind ab dem 3. Lebensjahr, Betreuung je nach Bedarf)

*Kinderhort*

**Der Betreuungsumfang ist notwendig wegen**

Erwerbstätigkeit

Umschulung

Schule / Berufsausbildung / Studium

Sonstige Gründe

**BITTE GEEIGNETE NACHWEISE IN KOPIE BEIFÜGEN!**

*Nähere Erläuterung (z. B. Beruf, tägliche Arbeitszeit, Ende der Umschulung/Ausbildung, etc.)*

### 6. **In meinem Haushalt**

**leben noch weitere Kinder und weitere Personen (ohne oder mit Einkommen)**

<input type="checkbox"/>	Name, Vorname(n)	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Einkünfte
<input type="checkbox"/> Nein				
<input type="checkbox"/> Nein				
<input type="checkbox"/> Nein				

### 7. **Angaben**

#### **zur MUTTER des Kindes**

#### **zum VATER des Kindes**

Name		
Vorname		
Geburtsdatum / <i>Geburtsort</i>		
Staatsangehörigkeit(en)		
Anschrift (PLZ, Ort, Strasse)		
Telefon/Mobiltelefonnummer:		
Emailadresse:		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Getrenntlebend <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet	Seit dem Datum: <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Getrenntlebend <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> Geburt / <input type="checkbox"/> seit:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> Geburt / <input type="checkbox"/> seit:

### 8. Monatliche Einkünfte Sozialleistungen (Veränderungen sind umgehend mitzuteilen!)

Einkommensart	MUTTER des Kindes		VATER des Kindes	
Arbeitslosengeld II (AIG II) nach SGB II	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <b>Vollständiger Bescheid des Jobcenters</b>	
Leistungsbezug Sozialhilfe (SGB XII) :	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <b>Vollständiger Bescheid über Sozialhilfeleistungen</b>	
Leistungsbezug Asylbewerberleistungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <b>Vollständiger Bescheid</b>	
Kindergeldzuschlag	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <b>Vollständiger Bescheid der Familienkasse</b>	
Wohngeld/Lastenausgleich nach Wohngeldgesetz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	→ <b>Vollständiger Bescheid inklusive Berechnungsblätter</b>	

### 9. Die Versorgung des Kindes erfolgt

im gemeinsamen Haushalt der Eltern  seit Geburt  ab dem Datum \_\_\_\_\_

beim alleinerziehenden Elternteil  seit Geburt  ab dem Datum \_\_\_\_\_

der seit \_\_\_\_\_ im gemeinschaftlichen Haushalt mit anderen Personen (z. B. Lebensgefährte/in, Geschwister, etc.) lebend ist.

### ZUR Beachtung!

- **Unterlagen bzw. Belege über die von mir angegebenen Einkünfte habe ich beigelegt.**
- **Vorstehende Angaben sind in allen Punkten wahr und vollständig. Ich weiß, dass wesentlich falsche Angaben oder das vorsätzliche Verschweigen von rechtserheblichen Tatsachen im Sinne des § 263 StGB strafbar sind und verfolgt werden können.**
- **Ich verpflichte mich, wesentliche Änderungen in den Einkommens- und/oder Familienverhältnissen dem Amt für Kinder, Jugend und Familien unverzüglich mitzuteilen.**
- **Mir ist bekannt, dass vom Amt zu Unrecht erbrachte Leistungen zu erstatten sind.**

**Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift unter diesen Antrag!**

Ort, Datum

Antragsteller(in)

**U n t e r s c h r i f t**

### Verfügung – Nur von der Behörde auszufüllen

- Antrag aufgenommen  
 Antrag entgegengenommen und auf Vollständigkeit geprüft

Im Auftrag

Datum, Unterschrift des/der Sachbearbeiter(s)in