

Diesen Antrag spätestens 4 Wochen vor Beginn der Tagespflege mit Terminabsprache wieder einreichen!

Stadt Lingen (Ems)  
Fachdienst Jugendarbeit  
Elisabethstr. 14 - 16  
49808 Lingen (Ems)

Ausg.-Datum:

Eing.-Datum:

**Antrag auf Förderung in Kindertagespflege  
in Form der Gewährung einer laufenden Geldleistung**

**Die Förderung wird beantragt für das Kind / die Kinder:**

Name:	Vorname:	Geb.-Datum
1.		
2.		
3.		
Anschrift:		
Staatsangehörigkeit:	Leistungen vom Jugendamt wurden mir / uns bereits gewährt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Angaben über die leiblichen Eltern des Kindes / der Kinder:**

<b>Mutter</b>	<b>Vater (unbedingt anzugeben)</b>
Name, Vorname, ggf. Geb.-Name	Name, Vorname
Geb.-Datum:	Geb.- Datum:
Anschrift:	Anschrift:
wohnhalt seit:	wohnhalt seit:
Telefon-Nr.:	Telefon-Nr.:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Fam.-Stand:	Fam.-Stand:

**Rechtliche Situation – Personensorge:**

(bei alleinigem Sorgerecht bitte Nachweis beilegen)

Erziehungsberechtigte/r für das Kind / die Kinder:

- Eltern gemeinsam
- alleinerziehende Mutter
- alleinerziehender Vater
- Einschränkung des Sorgerechts / Vormund

Das Kind lebt / die Kinder leben:

- im gemeinsamen Haushalt der Eltern
- bei der alleinerziehenden Mutter
- bei dem alleinerziehenden Vater
- bei Pflegeeltern/Großeltern

**Weitere im Haushalt der Antragstellerin / des Antragstellers lebende Personen**

Name	Vorname	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverhältnis zum / zur Antragsteller (in)

**Das Kind / die Kinder (für welches Tagespflege beantragt wird) besucht / besuchen**

Name	Kindergarten	Schule	Ganztagsschule
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Täglich gewünschte Betreuungszeit abzgl. Kindergarten- / Schulbesuchszeiten:**  
(Angaben unbedingt erforderlich!)

	von – bis (Uhrzeit):	Gesamtstunden:
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Beginn der Tagespflege: **01.** \_\_\_\_\_ (Datum)

**(Der Antrag auf Förderung ist 4 Wochen vor Betreuungsbeginn zu stellen.)**

Die Betreuung des Kindes / der Kinder findet statt:

- im Haushalt der Tagespflegeperson
- im Haushalt des Antragstellers
- in anderen Räumen (z. B. Großtagespflege/Kita)

### Kostenbeitragstabelle Kindertagespflege

monatliche Stundenzahl	I bis 25.565,00 €	II bis 38.347,00 €	III bis 51.129,00 €	IV über 51.129,00 €
40 bis unter 90 Stunden	1,10 €	1,32 €	1,68 €	2,21 €
90 bis unter 110 Stunden	0,99 €	1,19 €	1,52 €	1,98 €
110 bis unter 130 Stunden	0,86 €	1,05 €	1,34 €	1,76 €
ab 130 Stunden	0,84 €	1,02 €	1,26 €	1,68 €

Die Kostensätze gelten pro Kind und Stunde.

#### Angaben zur Tagespflegeperson:

Name, Vorname, ggf. Geb.-Name:
Geb.-Datum:
Anschrift:
Bankverbindung (IBAN, BIC):
<input type="checkbox"/> Ich bitte um Vermittlung einer geeigneten Tagespflegekraft

Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei bzw. werden unverzüglich nachgereicht:

- aktuelle Verdienstbescheinigungen der letzten 6 Monate **oder**
- aktueller Einkommenssteuerbescheid **oder**
- Bescheid über den Kindergartenbeitrag für das / die o. g. Kind / Kinder
- aktueller Arbeitslosengeld II – Bescheid
- Betreuungsvertrag / Tagespflegevertrag
- es besteht ein Arbeitsverhältnis auf Minijobbasis (hier bitte Lohnabrechnungen einreichen)
- Sonstiges (z. B. Arbeitsvertrag, Umschulungsvertrag  
- nur einzureichen, wenn das Kind / die Kinder das 1. Lebensjahr noch nicht vollendet hat /haben.
  
- Unterlagen liegen bei       Unterlagen werden umgehend nachgereicht

Bei eheähnlichen Lebensgemeinschaften ist das Einkommen beider Lebenspartner einzureichen.

**Gründe für die Inanspruchnahme von Kindertagespflege** (nur auszufüllen, wenn das Kind das 1. Lebensjahr noch nicht vollendet hat)

<b>Mutter</b> (Bescheinigung beifügen)	<b>Vater</b> (Bescheinigung beifügen)
<input type="checkbox"/> existenzsichernde Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> existenzsichernde Erwerbstätigkeit
<input type="checkbox"/> Arbeit suchend	<input type="checkbox"/> Arbeit suchend
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Eingliederung in Arbeit	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Eingliederung in Arbeit
Beginn der Berufstätigkeit / Maßnahme:	Beginn der Berufstätigkeit / Maßnahme:
Voraussichtliche Dauer:	Voraussichtliche Dauer:

**Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die im Antrag angegebene Tagespflegeperson eine Mitteilung über die Höhe des Tagespflegegeldes im Rahmen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen erhält.**

**Ich/Wir versichere/versichern, dass die Angaben richtig und vollständig sind. Uns/Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben strafrechtliche Konsequenzen haben können. Ich/Wir ermächtige(n) die Stadt Lingen (Ems), die Einkommenserklärung zu überprüfen und werden entsprechende Einkommensnachweise auf Anforderung der Stadt Lingen (Ems) vorlegen.**

**Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir verpflichtet bin/sind, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in meinen/unseren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen mitzuteilen. Hierzu gehören insbesondere die unverzügliche Mitteilung über die Beendigung bzw. Unterbrechung des Pflegeverhältnisses wie z. B. in der Urlaubszeit, die Änderung von Betreuungszeiten, die Änderung meiner/unserer Einkommensverhältnisse usw. Unberechtigt bezogene Beträge müssen erstattet werden. Eine rückwirkende Änderung ist nicht möglich.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Antragsteller/s

**Bei weiteren Fragen wenden Sie sich an: Birgit Müller Tel.: 9144-540, Zimmer 318**

<b>Name, Vorname</b>
<b>Straße</b>
<b>PLZ, Ort</b>
<b>Telefon</b>



**STADT LINGEN EMS**

**Gläubiger-ID: DE33STA00000139346**

Stadt Lingen (Ems)  
 FD Kassen- und Steueramt  
 Elisabethstraße 14 - 16  
 49808 Lingen (Ems)

FAX: 0591 9144-215

<b>Mandatsreferenz:</b>	
(Kassenzeichen) _____	(Ifd.-Nr. - wird von der Stadt Lingen (Ems) vergeben) _____
<b>Bitte unbedingt ausfüllen</b>	

*Bitte nutzen Sie bei mehreren Kassenzeichen zusätzlich das Feld „Bemerkungen“*

**SEPA-Lastschriftmandat** (Einzugsermächtigung)

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Stadt Lingen (Ems)  ab sofortiger Wirkung  
 mit Wirkung ab dem \_\_\_\_\_

Zahlungen von meinem/unserem Konto

<b>IBAN</b>	DE _____ Land Prüfziffer	_____ BLZ (8-stellig)	_____ Konto (10-stellig, rechtsbündig ausfüllen)
-------------	-----------------------------	--------------------------	---

<b>BIC:</b> _____	<b>Kreditinstitut:</b> _____
-------------------	------------------------------

Evtl. abweichende/r Kontoinhaber
----------------------------------

Adresse/n abweichende/r Kontoinhaber
--------------------------------------

Bemerkungen:
--------------

mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Lingen (Ems) auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

Wenn die Buchung mangels Deckung oder aus sonstigen Gründen nicht erfolgen konnte, werde/n ich/wir der Stadt Lingen (Ems) ein **neues SEPA-Lastschriftmandat** erteilen, sofern ich/wir weiterhin am Lastschrifteinzugsverfahren teilnehmen möchte/n.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Rechtsverbindliche Unterschrift des/der Kontoinhaber/s)