

Antrag auf Betreuung in einer Kindertagesstätte außerhalb des Landkreises Potsdam-Mittelmark und Rechtsanspruchsprüfung

Dieser Bogen ist vor Betreuungsaufnahme in einer Kita außerhalb des Landkreises Potsdam-Mittelmark von den Eltern/Personensorgeberechtigten auszufüllen und in der Wohnortgemeinde einzureichen.

1. Angaben des Kindes, von den Personensorgeberechtigten (Eltern) auszufüllen:

Die Leistungsberechtigten haben gemäß § 5 Sozialgesetzbuch VIII (KJHG) das Recht, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger zu wählen, wenn es nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.

Für _____
Name, Vorname des Kindes _____ Geburtsdatum _____

_____ und falls abweichend Wohnanschrift der(s) gesetzlichen Vertreters
Wohnanschrift des Kindes _____

Die Betreuung soll ab: _____ übernommen werden in der Kita: _____

Anschrift Kita: _____ in Landkreis/Stadt/Gemeinde: _____

Belehrung über Mitwirkungspflichten der gesetzlichen Vertreter des Kindes:

Die Personensorgeberechtigten verpflichten sich, die Wohnortgemeinde unverzüglich über Veränderungen der Betreuungsdauer, des Beschäftigungsverhältnisses, zur Beendigung der Betreuung + Wohnungswechsel zu informieren.

Namen, Vornamen der(s) gesetzlichen Vertreters _____ Datum/ Unterschrift der(s) gesetzlichen Vertreters des Kindes _____

2. Rechtsanspruchsprüfung durch die Wohnortgemeinde im Landkreis Potsdam-Mittelmark

2.a) Für das o.g. Kind besteht ein Rechtsanspruch auf Förderung in einer Tageseinrichtung gemäß § 1 KitaG des Landes Brandenburg auf:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe bis 6 Stunden | <input type="checkbox"/> Kindergarten bis 6 Stunden |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe über 6 Stunden | <input type="checkbox"/> Kindergarten über 6 Stunden |
| <input type="checkbox"/> Hort bis 4 Stunden | <input type="checkbox"/> Hort über 4 Stunden |
| <input type="checkbox"/> IKTB | <input type="checkbox"/> anderes alternatives Betreuungsangebot |

(frühestes Datum ist Tag des Antragseinganges) **ab dem:** _____ **bis zum:** _____

2.b) Die Gemeinde/Stadt/das Amt _____ ist mit der Betreuung des Kindes in der oben genannten Einrichtung im vorstehenden Umfang einverstanden.

Die Gemeinde leistet einen Kostenausgleich nach § 16 (5) Satz 1+2 KitaG Land Brandenburg an die aufnehmende Gemeinde bzw. an den Träger der öffentlichen Jugendhilfe, sofern die Ausgleichsansprüche innerhalb der Ausschlussfrist gemäß § 111 SGB X geltend gemacht werden.

Datum//Unterschrift/Stempel der Wohnortgemeinde

- Kopie an den/die gesetzlichen Vertreter: postalisch am: _____ persönlich am: _____
- Kopie an örtl. Träger der öffentlichen Jugendhilfe in dessen Zuständigkeitsbereich sich die aufnehmende Kita befindet:
Landeshauptstadt Potsdam: postalisch am: _____ Stadt Brandenburg: postalisch am: _____
an Landkreis _____ postalisch am: _____
- Kopie an die aufnehmende Gemeinde, sofern diese nicht auch Träger der öffentlichen Jugendhilfe ist
_____: postalisch am: _____
- Kopie an aufnehmende Kita lt. Antrag: postalisch am: _____
- Kopie an Landkreis Potsdam-Mittelmark (zur Stichtagsabrechnung)