

Landkreis Ostprignitz-Ruppin  
 Amt für Familien und Soziales-SG KITA  
 Virchowstr. 14-16  
 16816 Neuruppin

Eingangsvermerk (Stadt/ Gemeinde/Amt/Landkreis)
---

## Antrag zur Rechtsanspruchsprüfung der Betreuungszeit in einer Kita/Tagespflege/Spielkreis

Rechtsgrundlage: § 62 Abs. 1 SGB VIII i.V.m. § 1 Kita-Gesetz i. d. Fassung vom 10.07.2017

zu betreuendes Kind	<b>Datum Eingewöhnung (10 Tage):</b> ab: _____ bis: _____	<b>Datum Beginn der Betreuung:</b> .....
Name	Vorname	Geburtsdatum
.....	.....	.....

<b>Betreuungsform (bitte ankreuzen)</b>		
Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> (Krippe, Kindergarten, Hort)	Tagespflege <input type="checkbox"/> Name der Tages- pflegeperson: .....	Spielkreis: <input type="checkbox"/>

### Angaben zum gewünschten Betreuungsumfang Tag/Woche

Altersstufen	Benötigte Betreuungszeit	
	Stunden täglich	oder Stunden wöchentlich
<b>Krippe</b> Kinder <b>bis zum</b> vollendeten ersten Lebensjahr		
<b>Kiga</b> Kinder vom vollendeten ersten Lebensjahr bis zur Einschulung		
<b>Hort</b> Kinder von der Einschulung bis zum Abschluss der vierten Klasse		
<b>Hort - Kinder der 5. und 6. Klasse</b>		

Angaben zur Erwerbstätigkeit bitte auf der <b>Rückseite</b> vom Arbeitgeber bestätigen lassen. (Nicht für Spielkreis) Bei selbstständiger Tätigkeit Gewerbeanmeldung bzw. sonstige Nachweise in Kopie einreichen
---

Sonstige Gründe für die Betreuung Ihres Kindes/Ihrer Kinder über den Rechtsanspruch hinaus:
---

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass zum Zweck der Bedarfsplanung der Statistik die personenbezogenen Daten meines/unseres Kindes vom Landkreis Ostprignitz-Ruppin, Amt für Familien und Soziales, als Träger der Kindertageseinrichtung erfasst werden.

..... ..... ..... <b>Name, Vorname und Anschrift des/der Antragstellers/-in (bitte in Druckschrift)</b>
--

Für Rückfragen bitte Telefonnummer angeben

..... ..... Datum, Unterschrift des/der Antragstellers/-in
--

bitte wenden!

\* Anträge nehmen entgegen Städte/Gemeinden/Ämter / Landkreis OPR / Bürgerberatungen der Städte

## Angaben zur Erwerbstätigkeit

**Vater/Pflegevater**      Name: .....      Vorname: .....      geb. am:.....

Str., Haus-Nr.: .....      PLZ, Wohnort:.....

### Erwerbstätigkeit

tätlich in der Zeit von - bis	Beschäftigungsort	Arbeitgeber (Anschrift)	Telefon

Arbeitsverhältnis ab: .....      Arbeitsstunden: .....      täglich/wöchentlich

Arbeitsverhältnis befristet: von .....      bis .....

**Beginn Tätigkeit nach Ende der Elternzeit (nur wenn zutreffend):**.....

### Aus- oder Fortbildung

tätlich in der Zeit von - bis	Dauer und Ort der Ausbildung	Bildungseinrichtung	Telefon

Dauer der Aus- oder Fortbildung: von .....      bis .....

Angaben zu den Fahrzeiten: \_\_\_\_\_

Bestätigung Arbeitgeber/Bildungseinrichtung  
**Datum, Stempel und Unterschrift**

**Mutter/Pflegemutter**      Name: .....      Vorname: .....      geb. am:.....

Str., Haus-Nr.: .....      PLZ, Wohnort:.....

### Erwerbstätigkeit

tätlich in der Zeit von - bis	Beschäftigungsort	Arbeitgeber (Anschrift)	Telefon

Arbeitsverhältnis ab: .....      Arbeitsstunden: .....      täglich/wöchentlich

Arbeitsverhältnis befristet: von .....      bis .....

**Beginn Tätigkeit nach Ende der Elternzeit:**.....

### Aus- oder Fortbildung

tätlich in der Zeit von - bis	Dauer und Ort der Ausbildung	Bildungseinrichtung	Telefon

Dauer der Aus- oder Fortbildung: von .....      bis .....

Angaben zu den Fahrzeiten: \_\_\_\_\_

Bestätigung Arbeitgeber/Bildungseinrichtung  
**Datum, Stempel und Unterschrift**