



Landkreis Havelland
Referat 52 Kinder- und Jugendförderung
Platz der Freiheit 1
14712 Rathenow

Frau Rettke
Tel: 03385/551-4554
Frau Zeidler
Tel: 03385/551-2460
kitaverwaltung@havelland.de

**Antrag auf Übernahme von Elternbeiträgen für die Kindertagesbetreuung
gemäß § 90 Abs. 4 SGB VIII i.V.m. § 17 Abs. 1a Satz 1 und § 17 Abs. 1 Satz 3 Kita-
Gesetz des Landes Brandenburg**

Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	
Name und Ort der Kindertagesstätte/ des Hortes	
Kita/Hort-Träger (Absender des Eltern- beitragsbescheides)	
Name, Vorname, Geburtsdatum Elternteil 1	
Name, Vorname, Geburtsdatum Elternteil 2	
Name der Pflegeeltern / Träger der stationären Hilfe	
Postanschrift	
Telefon	
E-Mail-Adresse	

**Die im Kostenbescheid des Kita-Trägers (siehe Anlage) festgesetzten Elternbeiträge
in Höhe von monatlich Euro sind uns nicht zuzumuten.**

Ich beantrage die Übernahme der Elternbeiträge

ab bis (Datum).



Begründung: Bitte unter A, B oder C das Zutreffende ankreuzen und Nachweise beifügen!

A) Im Zeitraum der beantragten Übernahme haben wir folgende Sozialleistungen bezogen und reichen die entsprechenden Leistungsbescheide ein:

- ☐ Arbeitslosengeld II
- ☐ Sozialhilfe / Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII
- ☐ Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- ☐ Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz
- ☐ Wohngeld

Der Kita/Hort-Träger hat eine Elternbeitragsbefreiung ab (Datum) gewährt.

B) ☐ Im Zeitraum der beantragten Übernahme haben wir ein Jahres-Netto-Haushaltseinkommen unter 35.000 Euro erzielt (Geringverdienende). Aktuelle Einkommensnachweise bzw. eine Kopie des Einkommenssteuerbescheides werden eingereicht.

C) ☐ Im Zeitraum der beantragten Übernahme haben wir das o.g. Kind in Vollzeitpflege oder stationärer Hilfe betreut und beantragen daher die vollständige Übernahme der Kostenbeiträge. Der Bescheid über die Elternbeiträge (in Höhe des Durchschnitts der Elternbeiträge des Trägers der Kindertagesstätte) muss vorgelegt werden.

Nachweise über das Pflegeverhältnis werden eingereicht/wurden bereits eingereicht.

Dieser Antrag einschließlich der Daten und Unterschriften wird von Pflegeeltern / vom Träger der stationären Hilfe eingereicht.

Wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Datum:

.....
Unterschrift 1. Elternteil

.....
Unterschrift 2. Elternteil