

Landkreis Harz  
Jugendamt  
Friedrich-Ebert-Str. 42  
38820 Halberstadt

Ansprechpartner/in:  
Frau Klassen (Tel.:03941/5970-5939)  
e-mail: karola.klassen@kreis-hz.de  
Fax: 03941/ 5970 132273

**Antrag auf Zustimmung zur Betreuung eines Kindes außerhalb seines gewöhnlichen Aufenthaltes gem. § 5 Aches Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) i. V. m. § 3b KiFöG LSA**

**1. Angaben des Kindes:**

Name:	
Geburtsdatum:	
Hauptwohnsitz (PLZ, Straße, Hausnummer):	
Name des Sorgeberechtigten und Telefon-Nr.:	

**2. Einrichtung, in der das Kind untergebracht werden soll:**

Name der gewünschten Kindertageseinrichtung:	
Anschrift:	
Ansprechpartner /Telefonnummer:	

**3. Gewünschte Betreuung (Bitte vollständige Angaben machen):**

Betreuungsart (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Hort	Gewünschte wöchentliche Betreuungszeit (Stunden/Woche):
Betreuung gewünscht ab (Datum):	Betreuung erforderlich bis (Datum):
Der sich aus dem Betreuungsverhältnis ergebene Kostenbeitrag/ Elternbeitrag nach § 13 Abs. 1 KiFöG wird gezahlt durch	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Jugendamt (Antrag auf Gebührenbefreiung)

Begründung zum Antrag

---

---

**Erklärungen der Antragstellerin / des Antragstellers:**

Ich versichere / wir versichern, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir gemäß § 60 SGB I Änderungen in meinen/unseren Verhältnissen (insbesondere bei Wohnsitz- und /oder Einrichtungswechsel bzw. Kündigung des Betreuungsverhältnisses), unverzüglich mitzuteilen haben. Bei Änderungen ist erneut ein Antrag auf Feststellung des Rechtsanspruches auf Tagesbetreuung zu stellen.

**Hinweis:**

Gem. § 3 b KiFöG haben die Antragsteller das Recht, im Rahmen freier Kapazitäten zwischen verschiedenen Tageseinrichtungen am Ort ihres gewöhnlichen Aufenthaltes oder an einem anderen Ort zu wählen. In der Regel wird der Wahl entsprochen, wenn der Wohnsitzgemeinde dadurch keine unverhältnismäßigen Mehrkosten entstehen. Bei der Ermittlung der Mehrkosten dürfen auf freie Platzkapazitäten im örtlichen Zuständigkeitsbereich der Leistungsverpflichteten entfallende Personalkosten in der Regel nicht berücksichtigt werden, wenn der Leistungsverpflichtete die Ausübung des Wahlrechtes unter Angabe der gewünschten Tageseinrichtung **mindestens 6 Monate** vor Aufnahme des Kindes in die Tageseinrichtung mitgeteilt wurde.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

**Einwilligungserklärung:** Mit meiner Unterschrift stimme ich/wir der Datenübermittlung an den aufnehmenden Träger der öffentlichen Jugendhilfe, an die abgebende und aufnehmende Gemeinde, sowie an den Träger der Kindertageseinrichtung zu. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)

**Bitte vor Abgabe dieses Antrages folgende Stellungnahmen einholen!**

**4. Erklärung des Einrichtungsträgers:**

Ein freier Platz in der gewünschten Einrichtung \_\_\_\_\_ ist ab

\_\_\_\_\_ (Datum) mit dem Betreuungsumfang \_\_\_\_\_ (Stunden)

vorhanden       nicht vorhanden.

Die Bruttoplatzkosten\* betragen monatlich -----EUR

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

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Einrichtungsträger

\*brutto= Gesamtplatzkosten (incl. Pauschale abzüglich Kostenbeiträge)

**Bitte Kopie des Antrages mit Ihrer Erklärung an das Jugendamt Landkreis Harz senden!**

**Der Antrag ist weiterzuleiten an:**

**5. Erklärung der aufnehmenden Gemeinde:**

Der Kostenbeitrag für o. g. Betreuung beträgt ..... €. Hierzu wird ein gesonderter Bescheid erstellt.

Die durchschnittlichen monatlichen Bruttogesamtplatzkosten\* betragen ..... EUR.

Hinweise:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift der aufnehmenden Gemeinde

\*brutto= Gesamtplatzkosten (incl. Pauschale abzüglich Kostenbeiträge)

**6. Kenntnisnahme durch die Wohnsitzgemeinde:**

Die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts für o. g. Kind wurde zur Kenntnis genommen.

Hiermit wird bestätigt, dass der verbleibende Finanzbedarf nach § 12b KiFöG übernommen wird.

Hinweise:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift der Wohnsitzgemeinde

**Bitte leiten Sie den Antrag umgehend an den Landkreis Ihres Wohnsitzes weiter.**