

Universitäts- und Hansestadt Greifswald, PF 3153, 17461 Greifswald
 Universitäts- und Hansestadt Greifswald, Markt 15, 17489 Greifswald

Antrag auf Anspruchsberechtigung für einen Platz in einer Kindertagesstätte

Antragsteller	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Anschrift		
Tel.-Nr.		

Hiermit beantrage/n ich/wir einen Berechtigungsschein für mein(e)/unser(e) Kind/er

ab:

--

in der Kindertagesstätte:

--

Name, Vorname des Kindes	Geb.-Datum		Krippe			Kindergarten			Hort	
			halb- tags	Teil- zeit	ganz- tags	halb- tags	Teil- zeit	ganz- tags	3Std. zeit	6Std. tags
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Folgende Nachweise für eine Anspruchsberechtigung sind in Kopie beigelegt*:

- aktueller Nachweis des Arbeitgebers (formloses Schreiben des Arbeitgebers, bitte mit folgenden Angaben:
 - unbefristetes bzw. befristetes Arbeitsverhältnis
 - wöchentliche Arbeitsstunden
 - Mutterschutz bzw. Elternzeit)

- Nachweis über Ausbildung bzw. Umschulung (z.B. Studienbescheinigung, Lehrvertrag)
 Bestätigung der Agentur für Arbeit über die Erwerbssuche
 Angaben über Mutterschutz bzw. Elternzeit
 andere Nachweise

Hiermit versichere/n ich/wir, dass die o.g. Angaben wahr, aktuell und vollständig sind.
 Ich/wir verpflichte/n mich/uns, alle Änderungen unverzüglich anzuzeigen.
 Ich/wir weiß/wissen, dass wissentlich falsche Angaben oder das Verschweigen von rechts-
 erheblichen Tatsachen zur Rücknahme einer bereits erteilten Anspruchsberechtigung führen kann.

 Datum

 Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

* Zutreffendes bitte ankreuzen