



**Antrag auf Förderung in Kindertagespflege  
in Form der Gewährung einer laufenden Geldleistung**

**Diesen Antrag spätestens 4 Wochen vor Beginn der Tagespflege nach Terminvereinbarung einreichen. (Frau Nienhaus, Tel. 9144-540)**

Stadt Lingen (Ems)  
Fachdienst Jugendarbeit  
Elisabethstr. 14 - 16  
49808 Lingen (Ems)

Eing.-Datum:
--------------

**Die Förderung wird beantragt für das Kind/ die Kinder:**

Name:	Vorname:	Geb.-Datum
Anschrift: (Straße, PLZ, Ort)		
Staatsangehörigkeit:	Leistungen vom Jugendamt wurden mir / uns bereits gewährt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Angaben über die leiblichen Eltern des Kindes / der Kinder:**

<b>Mutter</b>	<b>Vater (unbedingt anzugeben)</b>
Name, Vorname, (Geb.-Name)	Name, Vorname
Geb.-Datum:	Geb.- Datum:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon-Nr.:	Telefon-Nr.:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Fam.-Stand:	Fam.-Stand:

**Rechtliche Situation – Personensorge:**  
(bei alleinigem Sorgerecht bitte Nachweis beilegen)

Erziehungsberechtigte/r für das Kind / die Kinder:
<input type="checkbox"/> Eltern gemeinsam <input type="checkbox"/> alleinerziehende Mutter <input type="checkbox"/> alleinerziehender Vater <input type="checkbox"/> Einschränkung des Sorgerechts / Vormund

Das Kind lebt / die Kinder leben:

- im gemeinsamen Haushalt der Eltern
- bei der alleinerziehenden Mutter
- bei dem alleinerziehenden Vater
- bei Pflegeeltern/Großeltern

**Weitere im Haushalt der Antragstellerin / des Antragstellers lebende Personen**

Name	Vorname	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverhältnis zum / zur Antragsteller (in)

**Gründe für die Inanspruchnahme von Kindertagespflege**

Mutter	Vater
<input type="checkbox"/> existenzsichernde Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> existenzsichernde Erwerbstätigkeit
<input type="checkbox"/> Arbeit suchend	<input type="checkbox"/> Arbeit suchend
<input type="checkbox"/> Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Eingliederung in Arbeit	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Eingliederung in Arbeit
Beginn der Berufstätigkeit / Maßnahme:	Beginn der Berufstätigkeit / Maßnahme:
Voraussichtliche Dauer:	Voraussichtliche Dauer:
Anschrift Arbeitsstätte:	Anschrift Arbeitsstätte:

**Das Kind / die Kinder (für welches Tagespflege beantragt wird) besucht / besuchen**

Name	Kindergarten	Schule	Ganztagsschule
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Täglich gewünschte Betreuungszeit abzgl. Kindergarten- / Schulbesuchszeiten:**  
(Angaben unbedingt erforderlich!)

von – bis (Uhrzeit):

Gesamtstunden:

Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Beginn der Tagespflege: 01. (Datum)

**(Der Antrag auf Förderung ist mindestens 4 Wochen vor Betreuungsbeginn zu stellen.)**

Die Betreuung des Kindes / der Kinder findet statt:

- im Haushalt der Tagespflegeperson  
 im Haushalt des Antragstellers  
 in anderen Räumen (z. B. Großtagespflege/Kita)

**Kostenbeitragstabelle Kindertagespflege** (Kostensätze pro Kind/ Stunde)

monatliche Stundenzahl	I bis 25.565,00 €	II bis 38.347,00 €	III bis 51.129,00 €	IV über 51.129,00 €
40 bis unter 90 Stunden	1,10 €	1,32 €	1,68 €	2,21 €
90 bis unter 110 Stunden	0,99 €	1,19 €	1,52 €	1,98 €
110 bis unter 130 Stunden	0,86 €	1,05 €	1,34 €	1,76 €
ab 130 Stunden	0,84 €	1,02 €	1,26 €	1,68 €

**Angaben zur Tagespflegeperson:**

Name, Vorname, (Geb.-Name):
Geb.-Datum:
Anschrift:
Telefon-Nr.:
Bankverbindung (IBAN, BIC):

Tagespflegeerlaubnis gültig bis: \_\_\_\_\_ ausgestellt von: \_\_\_\_\_

**Folgende Unterlagen sind vorzulegen:**

- aktuelle Verdienstbescheinigungen der letzten 6 Monate oder
- aktueller Einkommenssteuerbescheid oder
- Bescheid über den Kindergartenbeitrag für das / die o. g. Kind / Kinder
- aktueller Arbeitslosengeld II – Bescheid
- Betreuungsvertrag / Tagespflegevertrag
- es besteht ein Arbeitsverhältnis auf Minijobbasis (hier bitte Lohnabrechnungen einreichen)
- Sonstiges (z. B. Arbeitsvertrag, Umschulungsvertrag  
- nur einzureichen, wenn das Kind / die Kinder das 1. Lebensjahr noch nicht vollendet hat /haben.

**Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die im Antrag angegebene Tagespflegeperson eine Mitteilung über die Höhe des Tagespflegegeldes im Rahmen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen erhält.**

**Ich/Wir versichere/versichern, dass die Angaben richtig und vollständig sind. Uns/Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben strafrechtliche Konsequenzen haben können. Ich/Wir ermächtige(n) die Stadt Lingen (Ems), die Einkommenserklärung zu überprüfen und werden entsprechende Einkommensnachweise auf Anforderung der Stadt Lingen (Ems) vorlegen.**

**Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir verpflichtet bin/sind, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in meinen/unseren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen mitzuteilen. Hierzu gehören insbesondere die unverzügliche Mitteilung über die Beendigung bzw. Unterbrechung des Pflegeverhältnisses wie z. B. in der Urlaubszeit, die Änderung von Betreuungszeiten, die Änderung meiner/unserer Einkommensverhältnisse usw. Unberechtigt bezogene Beträge müssen erstattet werden. Eine rückwirkende Änderung ist nicht möglich.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Antragsteller/s

**Bei weiteren Fragen wenden Sie sich an:** Frau Nienhaus Tel.: 9144-540, Zimmer 320

<b>Name, Vorname</b>
<b>Straße</b>
<b>PLZ, Ort</b>
<b>Telefon</b>



**STADT LINGEN EMS**

**Gläubiger-ID: DE33STA00000139346**

Stadt Lingen (Ems)  
 FD Kassen- und Steueramt  
 Elisabethstraße 14 - 16  
 49808 Lingen (Ems)

FAX: 0591 9144-215

<b>Mandatsreferenz:</b>	
(Kassenzeichen) _____	(Ifd.-Nr. - wird von der Stadt Lingen (Ems) vergeben)
<b>Bitte unbedingt ausfüllen</b>	

*Bitte nutzen Sie bei mehreren Kassenzeichen zusätzlich das Feld „Bemerkungen“*

**SEPA-Lastschriftmandat** (Einzugsermächtigung)

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Stadt Lingen (Ems)  ab sofortiger Wirkung  
 mit Wirkung ab dem \_\_\_\_\_

Zahlungen von meinem/unserem Konto

<b>IBAN</b>	DE _____ Land Prüfziffer	_____ BLZ (8-stellig)	_____ Konto (10-stellig, rechtsbündig ausfüllen)
-------------	-----------------------------	--------------------------	---

<b>BIC:</b> _____	<b>Kreditinstitut:</b> _____
-------------------	------------------------------

Evtl. abweichende/r Kontoinhaber
----------------------------------

Adresse/n abweichende/r Kontoinhaber
--------------------------------------

<b>Bemerkungen:</b>

mittels Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Lingen (Ems) auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

Wenn die Buchung mangels Deckung oder aus sonstigen Gründen nicht erfolgen konnte, werde/n ich/wir der Stadt Lingen (Ems) ein **neues SEPA-Lastschriftmandat** erteilen, sofern ich/wir weiterhin am Lastschrifteinzugsverfahren teilnehmen möchte/n.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Rechtsverbindliche Unterschrift des/der Kontoinhaber/s)