

# VERBANDSGEMEINDE LIEBENWERDA

Der Verbandsgemeindebürgermeister

## Antrag auf Feststellung des Rechtsanspruchs nach § 1 KitaG Bbg

### 1. Angaben zum Kind, für welches der Rechtsanspruch festgestellt werden soll

Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

### 2. Ab wann benötigt das Kind diese Betreuung?

Datum:	
--------	--

### 3. Angaben der Personensorgeberechtigten

Bitte Zutreffendes ankreuzen:	<input type="checkbox"/> leibliche Mutter	<input type="checkbox"/> leiblicher Vater
	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerin des Vaters	<input type="checkbox"/> Lebenspartner der Mutter
	<input type="checkbox"/> Pflegemutter	<input type="checkbox"/> Pflegevater
nur wenn zutreffend ankreuzen:	<input type="checkbox"/> ich bin alleinerziehend	<input type="checkbox"/> ich bin alleinerziehend
Name:		
Vorname:		
Wohnanschrift:		

### 4. Kenntnisnahme der Einrichtung

Stempel der Einrichtung	Datum / Unterschrift

Benötigter Umfang der Betreuung des Kindes: \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

**Wo soll das Kind betreut werden (Name und Anschrift der Einrichtung bzw. Name der Tagespflegeperson)?**

---

---

**5. Bedarfsnachweis der Antragsteller:**

Dieses Anliegen wird begründet durch

- die familiäre Situation.
- die häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche.
- einen besonderen Erziehungsbedarf.
- die Erwerbstätigkeit.
- die Aus- und Fortbildung der Eltern.

<b>Begründung</b>
-------------------

**Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers:**

- Ich versichere / wir versichern, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir entsprechende Nachweise vorzulegen haben. Mir / uns ist bekannt, dass ich / wir nur eine Tagesbetreuungsform für mein / unser Kind gleichzeitig in Anspruch nehmen kann / können (Tagespflege oder Kindertagesstätte).

---

Datum, Unterschrift  
Personensorgeberechtigte

---

Datum, Unterschrift  
Personensorgeberechtigter

# VERBANDSGEMEINDE LIEBENWERDA

Der Verbandsgemeindebürgermeister

**Bescheinigung zum bedingten Rechtsanspruch zur Vorlage bei der Verbandsgemeinde Liebenwerda  
durch den Arbeitgeber, die Agentur für Arbeit, bzw. Schulungsinstitut auszufüllen**

<b>Mutter/ Lebenspartnerin/ Pflegemutter:</b> Name, Vorname:
Anschrift:

zutreffendes bitte ankreuzen	wöchentliche Arbeitszeit einschl. Pausenzeiten
<input type="checkbox"/> erwerbstätig seit ..... <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis .....	
<input type="checkbox"/> Ausbildung/Fortbildung Zeitraum von ..... bis .....	
<input type="checkbox"/> häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche	
<input type="checkbox"/> selbstständig ( <input type="checkbox"/> Hauptgewerbe <input type="checkbox"/> Nebengewerbe)	

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Agentur für Arbeit oder Schulungsinstituts
Datum, Unterschrift, Stempel

Die **Fahrzeit hin und zurück** zum Arbeits-/ Bildungsort beträgt täglich: \_\_\_\_\_ Minuten/Stunden

✂ (bitte abtrennen) ✂

**Bescheinigung zum bedingten Rechtsanspruch zur Vorlage bei der Verbandsgemeinde Liebenwerda  
durch den Arbeitgeber, die Agentur für Arbeit, bzw. Schulungsinstitut auszufüllen**

<b>Vater / Lebenspartner/ Pflegevater:</b> Name, Vorname:
Anschrift:

zutreffendes bitte ankreuzen	wöchentliche Arbeitszeit einschl. Pausenzeiten
<input type="checkbox"/> erwerbstätig seit ..... <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis .....	
<input type="checkbox"/> Ausbildung/Fortbildung Zeitraum von ..... bis .....	
<input type="checkbox"/> häusliche Abwesenheit wegen Erwerbssuche	
<input type="checkbox"/> selbstständig ( <input type="checkbox"/> Hauptgewerbe <input type="checkbox"/> Nebengewerbe)	

Name und Anschrift des Arbeitgebers/Agentur für Arbeit oder Schulungsinstituts
Datum, Unterschrift, Stempel

Die **Fahrzeit hin und zurück** zum Arbeits-/ Bildungsort beträgt täglich: \_\_\_\_\_ Minuten/Stunden