

**Aufnahmeantrag meines / unseres Kindes in der Kindertageseinrichtung Delingsdorf**

**Krippenkinder**

**Angaben zum Kind**

Name	Bitte nicht ausfüllen !  Eingang in der Kita:  Aufnahme ab:  in Gruppe:   Unterschrift Kita:
Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Erstsprache	
Nationalität	
Hauptwohnsitz	

**Personensorgeberechtigte**

	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> alleinerziehend
	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> zusammen lebend	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> zusammen lebend
	<b>Vater des Kindes</b>	<b>Mutter des Kindes</b>
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Nationalität		
Telefonnummer		
Beruf		
Arbeitgeber		
Anschrift		

<b>Ich beantrage für mein Kind / Wir beantragen für unser Kind</b>	<b>ab dem</b>
--	---------------

## folgende Wochenbetreuungszeit:

1	◇	Frühgruppe Montag bis Freitag	07:00 bis 08:00 Uhr
2	◇	Kernzeit Montag bis Freitag	08:00 bis 16:00 Uhr (am Freitag bis 15:00 Uhr)

**Die Betreuungszeiten gelten für die ganze Woche.**

**Änderungen in den Betreuungszeiten können von Seiten der Eltern nur 1 x im Jahr mit einer Frist von 4 Wochen zum 01.08. vorgenommen werden, sofern entsprechende Plätze vorhanden sind. Ausnahmen sind in begründeten Fällen möglich. Die Entscheidung darüber liegt bei der Kita Leitung.**

besondere Bemerkungen / Begründungen für die Aufnahme:

### **Geschwisterermäßigung**

Werden mehrere in einem Haushalt lebende Kinder einer Familie in Kindertageseinrichtungen oder Kindertagespflege gefördert, übernimmt oder erlässt der Kreis Stormarn auf Antrag (unabhängig vom Einkommen) den Elternbeitrag für das zweitälteste Kind zu 70% und für jüngere Kinder vollständig.

<https://www.kreis-stormarn.de/lvw/forms/2/22/AntragGeschwisterermaessigungKindertagesstaette.pdf>

Die Geschwisterermäßigung erfolgt unter Berücksichtigung der in schulischen Betreuungsangeboten geförderten schulpflichtigen Kinder (OGS – als Zählkinder), gem. Satzung des Kreises Stormarn für eine Sozialstaffel für die Inanspruchnahme von Kindertagesbetreuungen, in der jeweils gültigen Fassung.

[https://www.kreis-stormarn.de/lvw/forms/2/22/Antrag\\_Geschwistererm\\_igung\\_OGS.pdf](https://www.kreis-stormarn.de/lvw/forms/2/22/Antrag_Geschwistererm_igung_OGS.pdf)

Mit der automatisierten Verarbeitung der Daten des genannten Kindes in die Kita Delingsdorf erkläre/n ich / wir mich / uns einverstanden (siehe anliegende Datenschutzhinweise).

Die Benutzungs- und Gebührensatzung der gemeindeeigenen Kindertageseinrichtung der Gemeinde Delingsdorf ist mir / uns bekannt. Ich / Wir erkläre/ n mich / uns bereit, diese Bestimmungen einzuhalten. Für die Elternbeiträge kommen/n ich / wir als Gesamtschuldner auf.

Ich bin / Wir sind darüber informiert, dass für Kinder, die nicht in Delingsdorf wohnen, durch die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten eine Bedarfsanzeige und damit verbunden ein Antrag auf Kostenausgleich bei der Wohnortgemeinde gestellt werden muss. Vor bzw. zur Aufnahme in die Kindertageseinrichtung muss die Kostenübernahmeerklärung meiner Wohnortgemeinde vorliegen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. Personensorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Personensorgeberechtigte/r