



## ANTRAG AUF ÜBERNAHME DES ELTERNBEITRAGES

gemäß der Richtlinie des Landkreises Märkisch-Oderland zur Übernahme von Elternbeiträgen bzw. Gebühren für den Besuch von Kindern in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege

### Zurücksenden an:

Landkreis Märkisch-Oderland  
Jugendamt  
Puschkinplatz 12  
15306 Seelow

Eingangsvermerk:

Fax: 03346 850-6409  
E-Mail: [jugendamt@landkreismol.de](mailto:jugendamt@landkreismol.de)

Aktenzeichen: 51.38/ \_\_\_\_\_  
(falls vorhanden)

### Antragsteller

1.	Name, Vorname Antragsteller/in	2.	Name, Vorname des Ehegatten/Partners
	Wohnort (PLZ, Ort)		Telefon
	Straße, Haus-Nr.		E-Mail

Ich beantrage die Übernahme des Elternbeitrages für den Kita-Besuch für den Zeitraum ab \_\_\_\_\_ für mein/unser Kind

3.	Name des Kindes	Geb.-Datum	
	Name der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Hort	Einschulungsjahr
	Name und Anschrift des Trägers		

Darüber hinaus gehören zu meinem Haushalt folgende **weitere** Personen:

4.	Name, Vorname	Geb.-Datum
5.	Name, Vorname	Geb.-Datum
6.	Name, Vorname	Geb.-Datum
7.	Name, Vorname	Geb.-Datum

Ich bestätige, dass vorstehende Angaben in allen Punkten wahr und vollständig sind.

Ich weiß, dass wissentlich falsche Angaben oder das vorsätzliche Verschweigen von Tatsachen lt. § 60 SGB I im Sinne des § 263 StGB strafbar sind und verfolgt werden können.

Ich verpflichte mich, Änderungen in den Verhältnissen gem. §§ 60, 66 SGB I i.V.m. § 97 a SGB VIII unverzüglich mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass bei fehlender Mitwirkung der Leistungsträger gem. § 66 SGB I die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder einstellen kann.

**Ich bin damit einverstanden, dass im Falle der Bewilligung der Elternbeitrag dem Träger der Kindertagesstätte überwiesen wird.**

Dem Antrag wurden folgende Unterlagen **vollständig** beigefügt:

- Kita-Gebührenbescheid (Elternbeitragsbescheid)
- aktueller Bescheid über den Bezug von Sozialleistungen  
z.B. ALG I, ALG II, Wohngeld, Leistungen nach dem SGB XII, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**Bearbeitungsvermerk (nur von der Behörde auszufüllen)**

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