



Antrag Wunsch – und Wahlrecht + Kostenübernahme

Antrag über die Entscheidung über das Wunsch- und Wahlrecht gemäß § 5 SGB VIII einschließlich der Erklärung zur Kostenübernahme für Kinder die eine Kita außerhalb des eigenen Wohnortes oder des Landkreises Potsdam-Mittelmark besuchen

1. Von den Eltern auszufüllen!

Name des Kindes:	Geburtsdatum
Vorname des Kindes	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Gewöhnlicher Aufenthalt (Lebensmittelpunkt) des Kindes bei	
<input type="checkbox"/> Eltern/Personensorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Wechselmodell (Nachweis erforderlich.)	
<input type="checkbox"/> bei anderen Personen z.B. Pflegepersonen (Nachweis erforderlich)	
Höhe des beschiedenen Rechtsanspruches (Wohnortgemeinde/Amt), auf volle Stunden gerundet: _____ Bescheid vom: _____	

Angaben zu Eltern, Personensorgeberechtigten (Mutter, Vater u. a.), Pflegepersonen

Person 1 (P1): Sorgerecht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Anschrift _____ Telefon _____ E- Mail _____	Person 2 (P2): Sorgerecht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Anschrift _____ Telefon _____ E- Mail _____
--	--

Begründung der Eltern, warum ihr Kind die nachfolgend benannte Kita besuchen soll.

2. Von der gewählten Kindertagesstätte auszufüllen!	
Ort (Stadt/Gemeinde) und PLZ:	
Name der Kita	
Adresse der Kita	
mögliches Aufnahmedatum des Kindes, ab dem	
Höhe des vereinbarten Betreuungsumfangs:	
Kosten pro Monat, Grundleistung, ohne zusätzliche Leistungen:	
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift der Kindertagesstätte

3. Von der zuständigen Kommune (Gemeinde/Stadt/Amt) im Landkreis Potsdam-Mittelmark auszufüllen	
Entscheidung der Kommune zur Inanspruchnahme des Wunsch- und Wahlrechtes gemäß § 5 Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII)	
<input type="checkbox"/> Zustimmung: Dem Antrag auf Wunsch – und Wahlrecht für das o. g. Kind wird zugestimmt. Die Betreuung kann ab dem beginnen.	
<input type="checkbox"/> Ablehnung: Die zuständige Kommune hat den Antrag zum Wunsch- und Wahlrecht geprüft und lehnt diesen ab. Zur Ablehnung ergeht ein gesonderter Bescheid.	
Entscheidung der Kommune zur Übernahme der Kosten:	
<input type="checkbox"/> Zustimmung: Es werden pro Monat € übernommen. Erfolgt eine Erhöhung der Kosten auf der Grundlage von Vereinbarungen/Verträgen zwischen dem örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe und dem Träger, werden diese akzeptiert, gleiches gilt wenn die zuständigen örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe (z.B. Brandenburg (Havel), Potsdam, oder das Land Berlin) die Kosten neu festsetzt.	
Hinweis: Kosten für zusätzliche Leistungen, die den ortsüblichen Rahmen erheblich übersteigen werden nicht übernommen.	
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift der zuständigen Kommune



Formular zur Bestätigung der Erwerbstätigkeit/Aus- und/oder Fortbildung

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Name, Vorname des Erwerbstätigen	Geburtsdatum
Anschrift des Erwerbstätigen	

Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. des Aus- und/oder Fortbildungsträgers

Selbstständig ja nein

Wenn ja angekreuzt wurde, dann muss der Nachweis zur Dokumentation der Selbstständigkeit beigelegt werden.

Beginn/Wiederaufnahme der Tätigkeit ab: _____

1. Tägliche Arbeits- oder Ausbildungs- und Fortbildungszeit

(Angabe in Stunden entsprechend des Arbeit- bzw. Aus- und Fortbildungsvertrages)

Erläuterung zur angegebenen Arbeitszeit aus 1. (z. B. Schichtdienst, Wochenenddienst)

2. Homeoffice - Besteht die Möglichkeit Homeoffice zu nutzen?

ja nein

Wenn ja, wie oft besteht die Möglichkeit je Woche Homeoffice zu nutzen

3. Pausenzeiten, die nicht durch die Arbeitszeit erfasst sind.

(Angaben in Minuten bzw. Stunden)

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers bzw. des Aus- und Fortbildungsträgers

Postanschrift
Landkreis Potsdam-Mittelmark
Postfach 1138
14801 Bad Belzig

Tel.: (033841) – 91 0
Fax: (033841) – 91 444
E-Mail: info@potsdam-mittelmark.de
Internet: www.potsdam-mittelmark.de

Bank MBS Potsdam
BLZ 160 500 00
Konto-Nr. 3502221323
BIC WELADED1PMB
IBAN DE93160500003502221323

Bitte wenden

4. Tägliche durchschnittliche Zeit zur Arbeits- bzw. Aus- und Fortbildungsstätte
(Einfache Fahrt) & (Angaben in Minuten bzw. Stunden)

Datum & Unterschrift des Erwerbstätigen