

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

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

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Stadt Dinslaken  
Der Bürgermeister  
- Geschäftsbereich 7/Fachdienst 7.6 -  
Wilhelm-Lantermann-Str. 65  
46535 Dinslaken

Sachbearbeiter: Beate Witte / Stephan Czarnetzki  
Telefon-Nr.: 02064-66657 / 02064-66649  
Zimmer-Nr.: 203 / 204

## Antrag

auf Gewährung von Leistungen für Kinder, die bereits in Tagespflege betreut werden

\_\_\_\_\_  
Familienname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Krankheitsvertretung für die Tagespflegeperson \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Urlaubsvertretung für die Tagespflegeperson \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Kindertagespflegeperson (Adressdaten und Qualifikation)

\_\_\_\_\_  
Familienname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift (Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
e-mail-Adresse (Angabe freiwillig)

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Name des Bankinstituts

Folgende Qualifikationen wurden durch die Kindertagespflegeperson nachgewiesen:

- Qualifikation (Stundensatz 6,50 €)
- geringe Qualifikation (Stundensatz 5,70 €)
- ohne Qualifikation (Stundensatz 4,27 €)

Art und Umfang der Betreuung

Das Kind \_\_\_\_\_ wird/wurde in der Zeit vom  
\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden betreut.

Randzeitenbetreuung (außerhalb der Zeiten 07.00 – 17.00 Uhr): \_\_\_\_\_ Stunden

Nachtbetreuung (21.00 – 05.00 Uhr pauschal 5 Stunden): \_\_\_\_\_ Nächte

Wochenend-/Feiertagbetreuung: \_\_\_\_\_ Stunden

Die Betreuung erfolgt an folgendem Betreuungsort:

Haushalt der Eltern

Haushalt der Kindertagespflegeperson

außerhäusigen Tagespflegestelle: \_\_\_\_\_  
Name Anschrift

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Betreuungsverhältnisse, die Auswirkung auf die zuvor beantragten Leistungen hat, unverzüglich zu melden.

Mir ist bekannt, dass zu Unrecht erhaltene Leistungen von der Stadt Dinslaken zurückgefordert werden können.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift