

Eingangsdatum:

Antrag auf Einstufung in die Sozialstaffel für den Besuch einer Kindertageseinrichtung bzw. einer kindergartenähnlichen Einrichtung

Hiermit beantrage ich _____
(Name, Vorname des Antragstellers)

wohnhafte _____
(Straße)

Telefon-Nr. privat: _____

dienstlich: _____

die Einstufung in die Sozialstaffel auf der Grundlage meiner / unserer wirtschaftlichen
Verhältnisse, die ich nachfolgend erkläre.

Mein Kind _____
(Name, Vorname des Kindes)

geboren am _____

besucht seit / ab _____

folgende Einrichtung _____

Ich bin sorgeberechtigt *): ja nein

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

**) gilt nur für selbständig Tätige bzw. abhängig Beschäftigte, die aufgrund ihres Einkommens von
der Versicherungspflicht befreit sind oder Beamte

***) gilt nur für selbständig Tätige

1. Zu meinem Haushalt gehören folgende Personen:

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandschafts- verhältnis zum An- tragsteller
1.				Antragsteller
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

(Weitere Haushaltsangehörige ggfs. auf einem gesonderten Blatt aufführen)

**2. Einkommensverhältnisse des Antragstellers und aller zum Haushalt gehö-
renden Angehörigen**

2.1. laufende Einnahmen (nähere Erläuterungen siehe Beiblatt)

Einkommensart	zu 1. (Antragstel- ler)	zu 2.	zu 3.	zu 4.	zu 5.	zu 6.
Lohn / Gehalt (netto)						
aus selbständiger Tätigkeit						
aus Gewerbebe- trieb						
Rente						
Einnahmen aus Kapitalvermögen						
Arbeitslosengeld / Arbeitslosengeld II						
Krankengeld						
Kindergeld						
Wohngeld						

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

**) gilt nur für selbständig Tätige bzw. abhängig Beschäftigte, die aufgrund ihres Einkommens von der Versicherungspflicht befreit sind oder Beamte

***) gilt nur für selbständig Tätige

Einkommensart	zu 1. (Antragsteller)	zu 2.	zu 3.	zu 4.	zu 5.	zu 6.
Unterhalt						
Sonstige Einnahmen						

2.2 einmalige Einnahmen (nähere Erläuterungen siehe Beiblatt)

Einnahmeart	zu 1. (Antragsteller)	zu 2.	zu 3.	zu 4.	zu 5.	zu 6.
Weihnachtsgeld (netto)						
Urlaubsgeld (netto)						
Tantiemen						
Gratifikationen						
Einnahmen aus Kapitalvermögen						
sonstige Einmalzahlungen						

3. Belastungen (nähere Erläuterungen siehe Beiblatt)

3.1. Angaben zur Bereinigung des Einkommens

	zu 1. (Antragsteller)	zu 2.	zu 3.	zu 4.	zu 5.	zu 6.
Fahrtkosten bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel						
bei Benutzung des eigenen PKW einfache Entfernung	km	km	km	km	km	km
Beiträge zu Berufsverbänden						
Kinderbetreuungskosten (z. B. Tagesmutter)						
Unterhaltszahlungen						
freiwillige Krankenversicherung **)						

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

***) gilt nur für selbständig Tätige bzw. abhängig Beschäftigte, die aufgrund ihres Einkommens von der Versicherungspflicht befreit sind oder Beamte

**) gilt nur für selbständig Tätige

	zu 1. (Antragsteller)	zu 2.	zu 3.	zu 4.	zu 5.	zu 6.
freiwillige Pflegeversicherung **)						
Lebensversicherung / private Rentenversicherung **)						
Riester Rente						
Hausratversicherung						
Kfz-Haftpflichtversicherung						
Glasbruchversicherung						
Privathaftpflichtversicherung / Unfallversicherung						

3.2 Unterkunftskosten

◆ bei Mietwohnungen:

- Gesamtmiete monatlich _____

darin sind folgende Nebenkosten enthalten *):

	ja	nein	Betrag
- Wassergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Heizkosten die Kosten für Warmwasser sind in den Heizkosten enthalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

◆ bei Eigenheim / Eigentumswohnung:

- Zinsbelastungen jährlich (**keine** Tilgung!) _____

- Grundsteuer jährlich _____

- Gebäudeversicherung _____

- Straßenreinigungsgebühren jährlich _____

- Wassergeld jährlich _____

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

**) gilt nur für selbständig Tätige bzw. abhängig Beschäftigte, die aufgrund ihres Einkommens von der Versicherungspflicht befreit sind oder Beamte

***) gilt nur für selbständig Tätige

- Abwassergebühr jährlich _____
- Abfallbeseitigungsgebühren jährlich _____
- Schornsteinfegergebühren jährlich _____
- Heizkosten jährlich _____
- die Kosten für Warmwasser sind
in den Heizkosten *) enthalten
- nicht enthalten
- bei Eigentumswohnungen:
- Wohngeld monatlich _____

3.3. Mehrbedarf wegen besonderer Belastungen *)

- wegen Schwangerschaft für _____
(Name des Haushaltsangehörigen)
- voraussichtlicher Entbindungstermin: _____
- wegen kostenaufwendiger Ernährung für _____
(Name des Haushaltsangehörigen)
- wegen Erwerbsunfähigkeit für _____
(Name des Haushaltsangehörigen)

Auf meine / unsere Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I – SGB I –) bin ich / sind wir hingewiesen worden. Mir / Uns ist bekannt, dass **jede** Verbesserung der wirtschaftlichen Verhältnisse **unaufgefordert** und **unverzüglich** mitzuteilen ist.

Ich versichere / Wir versichern, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Durch meine / unsere Unterschrift bestätige ich / bestätigen wir, meine / unsere Einkünfte und die Einkünfte aller Haushaltsangehörigen vollständig und korrekt angegeben zu haben.

Mir / Uns ist bekannt, dass ich / wir wegen wissentlich falscher Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann / können und zu Unrecht erlangte Ermäßigungen erstattet werden müssen.

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

***) gilt nur für selbständig Tätige bzw. abhängig Beschäftigte, die aufgrund ihres Einkommens von der Versicherungspflicht befreit sind oder Beamte

****) gilt nur für selbständig Tätige

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass meine / unsere persönlichen Daten zur Berechnung der Einstufung in die Sozialstaffel unter Berücksichtigung des Datenschutzes verarbeitet werden. Die Hinweise zur Datenverarbeitung habe ich erhalten.

Die Festsetzungsbescheide sollen bis auf Widerruf stets dem Antragsteller / der Antragstellerin übersandt werden. Eine Durchschrift des jeweiligen Bescheides soll an den Träger der Kindertageseinrichtung übersandt werden.

Im Falle einer Beitragsermäßigung trete ich / treten wir meine / unsere Ansprüche gegenüber dem Kreis Stormarn als örtlichen Träger der Jugendhilfe an den Träger der Kindertageseinrichtung (gilt auch bei Wechsel der Einrichtung) ab.

Glinde, den _____

1. _____
(Unterschrift Antragsteller)

2. _____
(Unterschrift Ehegatte / Partner)

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

***) gilt nur für selbständig Tätige bzw. abhängig Beschäftigte, die aufgrund ihres Einkommens von der Versicherungspflicht befreit sind oder Beamte

****) gilt nur für selbständig Tätige