

Kinder Leben e.V. Scharmbecker Str. 21-23, 28239 Bremen

## Antrag zur Aufnahme

Kinder Leben e.V.  
Scharmbecker Straße 21-23  
28239 Bremen  
Telefon: 0421-6167020

**ID-Nr:** \_\_\_\_\_

**Wohnortsteil-Nr:** \_\_\_\_\_ *(wird von der Einrichtung eingetragen)*

Ich/wir beantrage/n für mein/unser Kind

Name:..... Vorname.....

geboren am:..... Staatsangehörigkeit.....

Geschlecht: m( ) w( )

die Aufnahme in eine Kleinkindgruppe ( )  
Kindergartengruppe ( )

Die benötigte Betreuungszeit beträgt \_\_\_\_ Stunden täglich in der Zeit von \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ Uhr.

Der monatliche Beitrag beträgt € \_\_\_\_\_.

Name / Vorname der Mutter:

Name / Vorname des Vaters:

.....

.....

ausländisches Herkunftsland ja ( ) nein ( )

ausländisches Herkunftsland ja ( ) nein ( )

Beruf:.....

Beruf:.....

Das Kind lebt bei:

Mutter ( ), Vater ( ), Großeltern ( ), Pflegeeltern ( ), sonstigen Verwandten ( )

Anschrift des/ der Sorgeberechtigten:

Name(n): .....

Straße:.....

PLZ / Wohnort:.....

Telefonnummer:.....

E-mail:.....

**Folgende Angaben dienen ausschließlich statistischen Zwecken:**

Vorrangig in der Familie gesprochene Sprache: deutsch ( ) nicht deutsch ( )

Anzahl der Geschwister:.....

Das Kind erhält Eingliederungshilfe wegen:

- körperlicher/geistiger Behinderung ja ( ) nein ( )
- seelischer Behinderungen ja ( ) nein ( )
- erzieherischer Hilfen nach SGB VIII ja ( ) nein ( )

Überwiegendes Familieneinkommen:

- Erwerbstätigkeit ( )
- ALG I ( )
- ALG II ( )
- Sozialhilfe ( )
- Unterhaltsleistungen ( )
- Bezug von Wohngeld ( )

Aufnahmekriterien:

- Berufstätigkeit beider Elternteile oder des allein erziehenden Elternteils ( )
- Ausbildung eines Elternteils und Berufstätigkeit des anderen bzw. Ausbildung beider Elternteile. ( )
- Längerfristige Krankheit des erziehendes Elternteils oder die Familie belastende Krankheiten eines anderen Familienmitglieds. ( )
- Pädagogische Gründe zur altersentsprechenden Entwicklung der Fähigkeiten des Kindes.( )
- Regelmäßige ehrenamtliche Tätigkeit in der Tageseinrichtung ( )

Für den Fall, dass das Kind nicht aufgenommen werden kann, kommt folgende Einrichtung als Zweitwahl in Frage:\_\_\_\_\_.

Ich / wir, die Personensorgeberechtigte/n bin/ sind in diesem Fall mit der Weitergabe meiner/unserer Daten an eine andere KinderTageseinrichtung bzw. an das Amt für soziale Dienste einverstanden.

Datum:.....

Unterschrift/en:.....