

Ergänzungsantrag
auf eine Betreuungszeit von 45 Wochenstunden
in einer Heilpädagogischen Kindertageseinrichtung (§§ 53 SGB XII)

Besuchte Heilpädagogische Kindertageseinrichtung

HPK

Name _____

Anschrift _____

Allgemeine Angaben zum Kind

Kind

Aktenzeichen _____ (ist dem Kostenzusagebescheid zu entnehmen)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beantragte Leistung

Ich/wir beantrage/n für das o. a. Kind ab dem Kindergartenjahr _____ eine wöchentliche
Betreuungszeit von 45 Stunden.

Ich/wir begründe/n den Antrag wie folgt

Berufstätigkeit der Mutter/Pflegemutter

Regelmäßige tägliche Arbeitszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

Arbeitsstätte _____

Entfernung zwischen Kindertageseinrichtung und Arbeitsstätte in km _____

Fahrzeit eines Weges in Minuten _____

Berufstätigkeit des Vaters/Pflegevaters

Regelmäßige tägliche Arbeitszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

Arbeitsstätte _____

Entfernung zwischen Kindertageseinrichtung und Arbeitsstätte in km _____

Fahrzeit eines Weges in Minuten _____

Berufstätigkeit sonstiger Sorgeberechtigter _____

Regelmäßige tägliche Arbeitszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

Arbeitsstätte _____

Entfernung zwischen Kindertageseinrichtung und Arbeitsstätte in km _____

Fahrzeit eines Weges in Minuten _____

**In allen Fällen ist diesem Antrag eine detaillierte Bescheinigung des/der
Arbeitsgeber/s beizufügen!**

Sonstige Gründe, die es mir/uns unmöglich machen, das Kind nachmittags selbst
zu betreuen

Fahrtkosten der bei einer 45stündigen Betreuung nachmittäglich späteren Abholung aus der Heilpädagogischen Kindertageseinrichtung können nur übernommen werden, wenn den Sorgeberechtigten die Abholung ihres Kindes aus behinderungsbedingten Gründen nicht zugemutet werden kann oder anderenfalls eine unbillige Härte entstehen würde.

Die Abholung des Kindes wird von mir/uns selbst erledigt.

Ich/wir beantrage/n die Fahrtkostenübernahme für die Abholung aus folgendem Grund

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Stellungnahme des Einrichtungsträgers

Beantragtes Kind _____
Antragsdatum _____

Ansprechpartner/in _____
Telefon und eMail _____

Ganztagsbetreuung (45 Wochenstunden)

Der Antrag der/des Sorgeberechtigten auf Ganztagsbetreuung ihres/seines Kindes wird befürwortet. Auch ist das Kind gesundheitlich zu einer Ganztagsbetreuung in der Lage (unverb. Einschätzung).

Der Antrag der/des Sorgeberechtigten auf Ganztagsbetreuung ihres/seines Kindes wird nicht befürwortet, weil

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift