
(Vor- / Nachname der Erziehungsberechtigten)

(Straße + Haus-Nr., PLZ + Wohnort)

(Telefon)

Datum: _____

**Amt Breitenburg
Frau Korn
Osterholz 5
25524 Breitenburg**

Antrag auf Kostenausgleich für den Besuch einer auswärtigen Kindertagesstätte

Name des Kindes: _____ **Geburtsdatum:** _____

Ich / Wir haben mein / unser Kind für eine Aufnahme **ab dem** _____
in folgender Kindertagesstätte angemeldet:

Name der Einrichtung: _____

Träger: _____

Adresse: _____

Ich / Wir benötige/n eine Betreuung an _____ **Tagen**

von _____ **Uhr bis** _____ **Uhr / von je** _____ **Stunden.**

Ich/Wir habe/n diese Einrichtung ausgesucht, weil in unserer Wohngemeinde

kein bedarfsgerechter Platz (= Platz, der die aufgrund von Berufstätigkeit notwendigen
Betreuungszeiten dem Rechtsanspruch entsprechend abdeckt) der in einer Kindertages-
einrichtung zu dem gewünschten Aufnahmetermin zur Verfügung steht.

Ich/Wir habe/n diese spezielle Kindertagesstätte aus folgenden **besonderen Gründen**
(z.B. Konfession, Nationalität, Weltanschauung, Methoden, Schwerpunkte) ausgewählt:

Ich / Wir bitte/n um Mitteilung, ob Sie den Kostenausgleich an die Standortgemeinde gewäh-
ren werden oder ob Sie für das oben genannte Kind einen entsprechenden Platz in einer
Kindertageseinrichtung in meiner/unserer Wohngemeinde nachweisen können.

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:

Einverstanden:

.....
(Bürgermeister)