

Antrag auf Kostenübernahme durch die Gemeinde Birkenwerder*



(Bitte Zutreffendes ankreuzen und **VOLLSTÄNDIG** ausfüllen)

Datenverarbeitung erfolgt nach den Maßstäben der DSGVO und dem Landesdatenschutzgesetz Brandenburg

Kindertagesstätte

Hort

Betreuungszeiten

30 Stunden wöchentlich

40 Stunden wöchentlich

50 Stunden wöchentlich

..... Stunden wöchentlich

10 Stunden wöchentlich

20 Stunden wöchentlich

30 Stunden wöchentlich

..... Stunden wöchentlich

Angaben zum Kind

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Kostenübernahme
gewünscht ab:

Angaben zu den Eltern/ Personenberechtigten

Mutter/ Name,
Vorname

Vater/ Name,
Vorname

Anschrift

Straße

PLZ/Ort

Mobil:

E-Mail:

Kindertagesstätte/ Hort

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Hinweise/ Anmerkungen

Datum

Unterschrift aller Personensorgeberechtigten**

**Bitte Nachweis beifügen bei alleinigem Sorgerecht.

*Bitte fügen Sie dem Antrag auf Kostenübernahme eine Begründung bei.

Gemeinde Birkenwerder · Hauptstr. 34 · 16547 Birkenwerder · Telefon 03303 - 290 0 · www.birkenwerder.de

Bankverbindung: Mittelbrandenburgische Sparkasse Potsdam

Gläubiger-ID DE63 ZZZO 0000 0290 99 · **IBAN** DE76 1605 0000 3701 7800 20 · **BIC** WELA DE D1 PMB