

Absender und Telefonnummer:

An die Gemeinde _____
über
Amt Mittelholstein
Am Markt 15
24594 Hohenwestedt

Datum: _____

Betr.: Kostenausgleich für den Besuch einer auswärtigen Kindertagesstätte

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

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

Name der Einrichtung: _____

Adresse: _____

Träger: _____

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

in der Zeit zwischen _____ Uhr und _____ Uhr.

(Bescheinigung der Einrichtung über die tägliche Betreuungszeit beifügen)

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

- kein bedarfsgerechter Platz (= Platz, der die aufgrund von Berufstätigkeit notwendigen Betreuungszeiten dem Rechtsanspruch entsprechend abdeckt) in einer Kindertageseinrichtung zu dem gewünschten Aufnahmetag zur Verfügung steht. Bescheinigung unserer/meines Arbeitgeber/s über die täglichen Arbeitszeiten habe/n ich/wir beigefügt.
- 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 gewähren werden oder ob Sie für das oben genannte Kind einen Platz in einer Kindertageseinrichtung in meiner/unserer Wohnortgemeinde nachweisen können.

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:
