

Antrag auf Notplatzvergabe

E-Mail: Betreuungsplatz@ratingen.de

☐ in einer Kindertageseinrichtung ☐ in einer Kindertagespflege

Nachfolgende Angaben bitte in Druckschrift ausfüllen.

Familienname	
Vorname	
Geburtstag	
Staatsangehörigkeit	
Muttersprache ¹⁾	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

gewünschte ungsdauer	Betreu- ungsdauer	Betreuung in Kindertageseinrichtung	Betreuung in Kindertagespflege
		☐ 25 Stunden / Woche ☐ 35 Stunden / Woche ☐ 45 Stunden / Woche	Stunden / Woche
Gewünschter	Betreu- ungsbeginn (Datum)		
gewünschtes	Betreu- ungsende (Datum) ²⁾		

Angaben zu bisherigen Anmeldebemühungen	Anmeldedatum	Namen der Einrichtung / SkF Ratingen e.V. / Sonstige
1.		
2.		
3.		

Eltern / Betreuungsperson	Mutter ³⁾	Vater	ggf. Lebenspartner/in
Familienname			
Vorname			
Geburtstag			
Familienstand			
gemeinsames Sorgerecht	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
alleiniges Sorgerecht	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
tagsüber telefonisch zu erreichen: (für Rückfragen)			
E-Mail-Adresse:			

¹⁾ Ausschließlich oder überwiegend mit dem Kind gesprochene Sprache. Werden Deutsch und eine andere Sprache etwa gleich häufig mit dem Kind gesprochen, bitte „Deutsch“ angeben.

²⁾ Nur angeben, falls das Ende der Betreuung bereits feststeht (z. B. wegen Umzugs).

³⁾ Falls das Kind **nicht** bei seinen Eltern bzw. seinem allein erziehenden Elternteil lebt, ist hier eine mit dem Kind zusammenlebende Person, die das Kind betreut, einzutragen (z. B. Pflegeperson / Vormund).

weitere Kinder im Haushalt	1	2	3
Familienname			
Vorname			
Geburtstag			
Das Kind wird betreut	☐ Kindertageseinrichtung ☐ Kindertagespflege ☐ OGATA / ÜMB	☐ Kindertageseinrichtung ☐ Kindertagespflege ☐ OGATA / ÜMB	☐ Kindertageseinrichtung ☐ Kindertagespflege ☐ OGATA / ÜMB

Grund der Antragstellung (bitte entsprechende Belege über die zeitliche Eingebundenheit beifügen z. B. Bestätigung der Arbeitszeit, Stundenpläne, usw.)	Mutter	Vater	Lebenspartner/in
Erwerbstätigkeit, selbstständig	☐	☐	☐
Erwerbstätigkeit, abhängig beschäftigt	☐	☐	☐
Ausbildung (Schule, Berufsschule, Studium, Umschulung)	☐	☐	☐
Sprachkurs deutsch, Integrationskurs	☐	☐	☐
Teilnahme an einer Eingliederungsmaßnahme in Arbeit	☐	☐	☐
sonstige Gründe			

Angabe zur Erwerbstätigkeit, Ausbildung, Sprach-, Integrationskurs, Eingliederungsmaßnahme	Mutter	Vater	Lebenspartner/in
Name und Anschrift der Arbeitsstelle / Ausbildungsstelle, etc.			
Datum der Aufnahme			
Datum der Beendigung			
Wie viele Tage pro Woche sind Sie eingebunden?	Tage	Tage	Tage

Bitte tragen Sie unten die **Zeiten** (von. bis Uhr) ein, die Sie durchschnittlich bei der Arbeit, Ausbildung, Eingliederungsmaßnahme oder dem Sprach-, Integrationskurs verbringen.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Mutter							
Vater							
Lebenspartner/in							
Ergänzende Hinweise zu den o. g. Arbeits-, Ausbildungszeiten (z. B. Wechsel-Schichtdienst, häufige zusätzliche Überstunden, mehrere Arbeits-, Ausbildungsverhältnisse):							
Angaben zu den notwendigen Wegezeiten	Mutter	Vater	Lebenspartner/in				
Die einfache Wegezeit vom Wohnort zur Tätigkeit beträgt:	Minuten	Minuten	Minuten				

Ich versichere / Wir versichern durch meine / unsere Unterschrift, dass ich / wir alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe / haben.

Datum:

Sorgeberechtigte / Sorgeberechtigter