

**ARBEITSAUFNAHME / BETREUUNGSZEITEN**

**Personalien der Eltern:**

<b>Mutter:</b>	<b>Vater:</b>
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Anschrift:
Tel./Handy privat:	Tel./Handy privat:
Tel./Handy dienstlich:	Tel./Handy dienstlich:
Mail:	Mail:
Erlerner Beruf:	Erlerner Beruf:
Elternzeit bis:	Elternzeit bis:
Wiederaufnahme der Tätigkeit ab:	Wiederaufnahme der Tätigkeit ab:

**Personalien des Kindes/der Kinder:**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdaten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kindergarten: \_\_\_\_\_

Zuständige Erzieherin/Erzieher \_\_\_\_\_

Schule/Klasse: \_\_\_\_\_

Lehrerin/Lehrer: \_\_\_\_\_

OGS, zuständige Ansprechpartnerin/Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Stundenumfang der Betreuung: \_\_\_\_\_

**Angaben der Mutter:**

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Selbständige Tätigkeit**

Was \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_

**Berufstätigkeit:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geringfügige Beschäftigung                   | <input type="checkbox"/> Halbtags                      |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit                                     | <input type="checkbox"/> Teilzeit                      |
| <input type="checkbox"/> Schichtdienst                                | <input type="checkbox"/> 450 €-Job                     |
| <input type="checkbox"/> Wiedereinsteigerin                           | <input type="checkbox"/> Springerin                    |
| <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme der Tätigkeit nach Elternzeit | <input type="checkbox"/> Auszubildende                 |
| <input type="checkbox"/> Kann noch keine genauen Angaben machen       | <input type="checkbox"/> Minijob                       |
| <input type="checkbox"/> Bin noch im Gespräch mit dem Arbeitgeber     | <input type="checkbox"/> Neues Arbeitsverhältnis       |
| <input type="checkbox"/> Wochenarbeitszeit: _____ Std.                | <input type="checkbox"/> Monatsarbeitszeit: _____ Std. |
| <input type="checkbox"/> Fahrtzeit von-bis: _____                     | <input type="checkbox"/> Existenzgründung              |
| <input type="checkbox"/> Maßnahme vom Job-Center                      | <input type="checkbox"/>                               |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                               |

**Angaben des Vaters:**

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Selbständige Tätigkeit

Was \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_

**Berufstätigkeit:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geringfügige Beschäftigung                   | <input type="checkbox"/> Halbtags                      |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit                                     | <input type="checkbox"/> Teilzeit                      |
| <input type="checkbox"/> Schichtdienst                                | <input type="checkbox"/> 450 €-Job                     |
| <input type="checkbox"/> Wiedereinsteiger                             | <input type="checkbox"/> Springer                      |
| <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme der Tätigkeit nach Elternzeit | <input type="checkbox"/> Auszubildender                |
| <input type="checkbox"/> Kann noch keine genauen Angaben machen       | <input type="checkbox"/> Minijob                       |
| <input type="checkbox"/> Bin noch im Gespräch mit dem Arbeitgeber     | <input type="checkbox"/> Neues Arbeitsverhältnis       |
| <input type="checkbox"/> Wochenarbeitszeit: _____ Std.                | <input type="checkbox"/> Monatsarbeitszeit: _____ Std. |
| <input type="checkbox"/> Fahrtzeit von-bis: _____                     | <input type="checkbox"/> Existenzgründung              |
| <input type="checkbox"/> Maßnahme vom Job-Center                      |  |

**Wann soll/en unser/e Kind/er betreut werden?**

- MO, Betreuungsstunden: \_\_\_\_\_
- DI, Betreuungsstunden: \_\_\_\_\_
- MI, Betreuungsstunden: \_\_\_\_\_
- DO, Betreuungsstunden: \_\_\_\_\_
- FR, Betreuungsstunden: \_\_\_\_\_
- SA, Betreuungsstunden: \_\_\_\_\_
- SO, Betreuungsstunden: \_\_\_\_\_
- Übernachtbetreuung, Betreuungsstunden: \_\_\_\_\_
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Bei einer Betreuung über 35 Wochenstunden ist eine Bescheinigung des Arbeitgebers mit Angabe der Arbeitswochenstunden vorzulegen.

-----  
Ort / Datum

-----  
Unterschriften Eltern / Personensorgeberechtigte

Eingewöhnungsnachweis ausgehändigt am (Unterschrift TPP und Sorgeberechtigte erforderlich):

-----

Rückgabe erfolgt am:

-----

Rückgabe bitte an:

Frau Gerke, Neues Rathaus, Dr.-Conrads-Str. 1, 45721 Haltern am See, Raum 1.01, Tel. 02364 / 933-340, Email: [heike.gerke@haltern.de](mailto:heike.gerke@haltern.de)  
Frau Post, Neues Rathaus, Dr.-Conrads-Str. 1, 45721 Haltern am See, Raum 1.01, Tel.: 02364/933-361, Email: [carina.post@haltern.de](mailto:carina.post@haltern.de)

Eingegangen am: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Anlage 1 zum Antrag Kindertagespflege