

## Änderungsmitteilung für Eltern (Mitwirkungspflicht gem. §§ 60 ff SGB I)

Name Mutter/Vater: \_\_\_\_\_

Name Kind/er: \_\_\_\_\_

### 1.) Adresse / Wohnort:

Mein Wohnort hat sich geändert. Meine neue Anschrift lautet:

Straße:

Ort:

Telefon/E-Mail:

### 2.) Abmeldung der Tagespflege:

Mit Ablauf des \_\_\_\_\_ kann die Tagespflege beendet werden, weil

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kitaplatz                 | <input type="checkbox"/> Umzug in andere Stadt |
| <input type="checkbox"/> Mutterschutz / Elternzeit | <input type="checkbox"/> sonstiges _____       |

### 3.) Fortsetzung der Tagespflege:

Ab dem \_\_\_\_\_ wird bis voraussichtlich \_\_\_\_\_ eine Fortsetzung der Betreuung beantragt.

- kein Kitaplatz vorhanden  
 Randzeitenbetreuung nach Kita, Schule und OGS (Berufstätigkeit Eltern)

### 4.) Änderungen der Lebensverhältnisse:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> getrennt / geschieden seit _____ | <input type="checkbox"/> (neu) verheiratet seit _____  |
| <input type="checkbox"/> verwitwet                        | <input type="checkbox"/> Alleinerziehend               |
| <input type="checkbox"/> Schulbesuch                      | <input type="checkbox"/> arbeitslos                    |
| <input type="checkbox"/> Ausbildung begonnen              | <input type="checkbox"/> Studium aufgenommen           |
| <input type="checkbox"/> Neues Arbeitsverhältnis          | <input type="checkbox"/> Halbtagsarbeit                |
| <input type="checkbox"/> Vollzeitarbeit                   | <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit                |
| <input type="checkbox"/> Minijob                          | <input type="checkbox"/> 450 €-Job                     |
| <input type="checkbox"/> Schichtdienst                    | <input type="checkbox"/> Geringfügige Beschäftigung    |
| <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"/> ALG II-Bezug                  |
| <input type="checkbox"/> Maßnahme vom Job-Center beendet  |  |
| <input type="checkbox"/> sonstiges:                       |  |

Ort / Datum

Unterschrift

Rückgabe bitte an:

Frau Sip, Neues Rathaus, Dr.-Conrads-Str. 1, Raum 1.01, Tel.: 02364/ 933-340, Email: [christina.sip@haltern.de](mailto:christina.sip@haltern.de)