

Antrag auf Kostenausgleich gem. Staatsvertrag zwischen dem Land Berlin und dem Land Brandenburg für den Besuch einer Berliner Kindertagesstätte

für das Kind

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Wievielte unterhaltsberechtigtes Kind: 1. 2. 3. und mehr (bitte ankreuzen)

Eltern/ Personensorgeberechtigte des o.g. Kindes

Mutter

Vater

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Anschrift:

Anschrift:

Telefon:

Telefon:

Angaben zur Betreuungsform und -umfang

Name der Kindertagesstätte/ Hort:

Anschrift der Einrichtung:

Die Kostenübernahme soll ab erfolgen

- Krippe Kindergarten
 5 - 7 Stunden täglich 7 - 9 Stunden täglich über 9 Stunden täglich

Hort Klassenstufe

Hortmodule in der VHG (in der Zeit von 07:30 – 13:30 + gewähltes Modul)

- Hort 1 = 6:00-7:30 Hort 2 = 13:30-16:00 Hort 3 = 6:00-7:30 + 13:30-16:00
 Hort 4 = 13:30-18:00 Hort 5 = 6:00-18:00

.....
Datum, Unterschrift der Mutter

.....
Datum, Unterschrift des Vaters