



Anmeldung eines Betreuungsbedarfs

gem. § 5 KiBiz

mit Festlegung der wöchentlichen
Betreuungszeit

Stempel der Einrichtung

Name des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Anschrift:

Telefon:

e-mail:

Gewünschtes Aufnahmedatum _____

Zuzug geplant: ja

nein

Bei dem o.g. Kind liegt eine (fach-) ärztlich festgestellte Beeinträchtigung vor
 körperlich geistig seelisch

mit der Diagnose(ICD 10 Code): _____

Verbindlich gewünschte Betreuungszeit für das nächste Kindergartenjahr:

bis zu **25** Std. pro
Woche

bis zu **35** Std. pro
Woche

bis zu **45** Std. pro
Woche

- Die Betreuungszeiten sind für das nächste Kindergartenjahr gültig
- Die Elternbeiträge werden nach Ihrem Einkommen und der gewünschten Betreuungszeit berechnet. Informationen zu den Elternbeiträgen finden Sie im Internet auf der Homepage des Kreises Lippe
- Die Daten werden an das Jugendamt übermittelt.