



## Unterstützungsantrag Familienergänzende Kinderbetreuung

Ich/wir beantrage/n für unser/mein Kind einen Unterstützungsbeitrag gemäss Reglement über die familienergänzende Kinderbetreuung (Kinderbetreuungs- und Elternbeitragsreglement, KBR) vom 14. Juni 2018.

Hinweise:

Für jedes Kind ist in der Regel rückwirkend für die letzten 6 Monate ein separates Antragsformular einzureichen. Die Auszahlung erfolgt nach Bezug der Leistung gegen Vorweisung der Rechnungen und der Zahlungsbelege.

1 Angaben über die Betreuungseinrichtung			
Ich/wir bestätige/n, dass mein/unser Kind in folgender Betreuungseinrichtung betreut worden ist (Name und Ort angeben):			
<input type="checkbox"/> Kinderkrippe	<input type="checkbox"/> Tagesstruktur	<input type="checkbox"/> Tagesfamilie	<input type="checkbox"/> Spielgruppe
Zeitraum (ganze Monate)	von	bis	

  

2 Betreutes Kind in der Betreuungseinrichtung	
Name und Vorname	
Geburtsdatum	

  

3 Familiendaten		
Erziehungsberechtigte	Elternteil A	Elternteil B oder Lebenspartner/in im gemeinsamen Haushalt
Name		
Vorname		
Zivilstand		
Strasse		
PLZ Wohnort		
Telefon		
Anzahl Erwachsene im Haushalt		
<b>Weitere Kinder, die im gleichen Haushalt leben</b> Unmündige Kinder bis 18 Jahre, mündige Kinder bis 25 Jahre; sofern sie in Erstausbildung sind, ist ein Ausbildungsnachweis beizulegen.		
Name	Vorname	Geburtsdatum

  

4 Begründung des Anspruchs auf einen Unterstützungsbeitrag		
	Elternteil A	Elternteil B oder Lebenspartner/in im gemeinsamen Haushalt
<b>a. Berufstätigkeit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeber (Name, Ort)		
Arbeitspensum in %		

	Elternteil A	Elternteil B oder Lebenspartner/in im gemeinsamen Haushalt
<b>b. In Ausbildung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezeichnung der Ausbildung		
Pensum pro Woche		
Beginn und Ende		

<b>c. Erwerbslosigkeit (AMM)</b>	<input type="checkbox"/> Beginn:	<input type="checkbox"/> Beginn:
Ort RAV		
Name/Tel. Kontaktperson		

<b>d. Soziale/medizinische Indikation</b>			
Besteht ein sozialer oder medizinischer Grund für die Kinderbetreuung? Wenn ja, Begründung und Nachweis beilegen.			<input type="checkbox"/> Ja
Wer kann die soziale/medizinische Indikation bestätigen? Bitte Kontaktadresse angeben (z.B. Arzt, Fachstelle).			
Name der Stelle		Kontaktperson	
Adresse/Ort		Telefon	

<b>5 Zahlungsverbindung</b>	
Name des Finanzinstituts	
IBAN-Nr.	
Name Kontoinhaber/in	

<b>6 Beilagen (Kopien genügen)</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Alle Rechnungen der Betreuungseinrichtung für den Zeitraum gemäss Ziffer 1 (auf den Rechnungen muss ersichtlich sein, welche Betreuungsmodule das Kind belegt hat) mit Zahlungsbeleg
<input type="checkbox"/>	Betreuungsvertrag oder Pflegevertrag (nur bei erstmaligem Antrag oder Änderungen)
<input type="checkbox"/>	

<b>7 Vollmacht</b>
<p>Die/Der Unterzeichnende(n) ermächtigen/ermächtigt die Gemeindeverwaltung Beinwil am See, die aktuellsten definitiven oder die neusten provisorischen Steuerfaktoren gemäss § 10 ff. KBR direkt bei der zuständigen Abteilung Steuern oder bei der Sektion Quellensteuern der des kantonalen Steueramts zu ermitteln.</p> <p>Diese Faktoren dürfen von den Bevollmächtigten der Gemeindeverwaltung nur zur Berechnung des Elternbeitrags für die bezogenen Dienstleistungen in der jeweiligen Betreuungseinrichtung verwendet werden. Die Vollmacht gilt bis zum Widerruf.</p>

<b>Unterschrift/en:</b>			
Ich/wir bestätige/n die Richtigkeit der gemachten Angaben.			
Ort und Datum	Elternteil A	Ort und Datum	Elternteil B oder Lebenspartner/in