

Name Kind: _____ männlich weiblich

geboren am: _____ in: _____

Wohnsitz in Gemeinde _____

Straße _____ Hausnummer: _____

Steuernummer Kind: _____

Besuchszeiten des Kindes in der Kindertagesstätte:

<input type="checkbox"/> Mo _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Di _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Mi _____ Uhr
<input type="checkbox"/> Do _____ Uhr	<input type="checkbox"/> Fr _____ Uhr	

Anmerkung: _____

Start der Betreuung: _____ Ende Betreuung: _____

Angaben zu den Eltern

	Vater	Mutter
Nachname und Name		
Anschrift	_____ _____	_____ _____
Steuernummer		
Derzeit. Beruf (angeben ob in Mutterschaft und bis wann)		
Arbeitsverhältnis	a) Selbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> b) Abhängige Arbeit <input type="checkbox"/>	a) Selbstständige Arbeit <input type="checkbox"/> b) Abhängige Arbeit <input type="checkbox"/>
Arbeitgeber/-Ort		
Arbeitsstätigkeit	a) Vollzeit <input type="checkbox"/> b) Teilzeit 75% <input type="checkbox"/> c) Teilzeit 50% <input type="checkbox"/>	a) Vollzeit <input type="checkbox"/> b) Teilzeit 75% <input type="checkbox"/> c) Teilzeit 50% <input type="checkbox"/>
Telefon Arbeit Telefon privat	_____ _____	_____ _____

Derzeitige Familiensituation (bitte nur ein Feld ankreuzen):

- verheiratete Eltern** oder **eheähnliche Familie** (Die Eltern des Kindes können auch einen unterschiedlichen Wohnsitz haben.);
- Alleinerziehendes Elternteil** (alleinerziehende/r Mutter/Vater, Witwe/r, nicht verheiratet, gesetzlich getrennt/geschieden, welche/r sich alleine um die Erziehung und die Versorgung des Kindes kümmert und **ausschließlich mit dem/den Kind/ern zusammenlebt**);
- Alleinerziehendes Elternteil, das mit anderen Personen, ausgenommen des/der rechtlich anerkannten Vaters/Mutter, zusammenlebt;**
- Eltern, die gesetzlich getrennt/geschieden sind, nicht verheiratet und nicht zusammen leben.**

Besondere Familiensituationen:

- Kind mit einer Beeinträchtigung** (Funktionsdiagnose beilegen)
- Besondere Situation gesundheitlicher und/oder psychischer Natur des Kindes** (ärztliches Zeugnis beilegen)
- Notlage bzw. Problemsituation gesundheitlicher und/oder psychischer Natur in der Familie** (nur für zusammenlebende Familienangehörige; ärztliches Zeugnis eines Facharztes, welches die Schwere der Krankheit bestätigt, bzw. Bescheinigung einer Invalidität von über 70% beilegen)

Erklärung

Ich erkläre, dass alle im Gesuch abgelegten Erklärungen der Wahrheit entsprechen und dass keine wichtigen Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass unwahre und unvollständige Angaben strafrechtlich geahndet werden können (D.P.R. 445 des 28.12.2000).

Ich verpflichte mich, unverzüglich alle Veränderungen relevanter Art bekannt zu geben.

Mit meiner Unterschrift stimme ich, im Sinne des Gesetzes Nr. 196 vom 30.06.2003 zur Verarbeitung meiner persönlichen Daten durch die Sozialgenossenschaft Tagesmütter zu.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Nachträgliche Infos:

Aufgenommen am:

Warteliste